



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE LICENCIATURA PLENA DE ENFERMAGEM

LUDIMILA FERNANDES DOS SANTOS

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DO ENFERMEIRO DO
CENTRO CIRÚRGICO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA,
PARÁ**

Itaituba - PA
2020

LUDIMILA FERNANDES DOS SANTOS

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DO ENFERMEIRO DO
CENTRO CIRÚRGICO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA,
PARÁ**

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

Orientadora: Ma. Juliane de Almeida Lira.

Itaituba - PA

2020

LUDIMILA FERNANDES DOS SANTOS

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DO ENFERMEIRO DO
CENTRO CIRÚRGICO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA,
PARÁ**

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

Orientadora: Ma. Juliane de Almeida Lira.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Profa. Ma. Juliane de Almeida Lira

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de _____ de 2020.

*Tu te tomas eternamente responsável por
aquilo que cativas.*

“Antoine de Saint-Exupéry”

RESUMO

O centro cirúrgico é uma unidade extremamente complexa tanto para o enfermeiro quanto para o paciente, por isso a humanização é fundamental. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo analisar sobre o papel da humanização como fator importante no relacionamento equipe cirúrgica de enfermagem e paciente no Hospital Municipal de Itaituba, Pará. São abordadas questões referentes à unidade de centro cirúrgico, atuação do enfermeiro e a humanização. É uma pesquisa quantitativa, descritiva. Os sujeitos da pesquisa são os enfermeiros do centro cirúrgico do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados obtidos dos participantes da pesquisa foram agrupados em categorias, a saber: características gerais; características profissionais; concepção acerca da humanização; ações de humanização praticadas. E a partir deste estudo foi possível conhecer a forma como os enfermeiros entendem a humanização, as dificuldades encontradas para prestar uma assistência humanizada, as formas como os profissionais podem ser capacitados para melhorar o atendimento humanizado e foram identificadas as características pessoais e profissionais que contribuem para o exercício da humanização no HMI.

Palavras-chave: Centro cirúrgico. Enfermeiro. Humanização.

ABSTRACT

The surgical center is an extremely complex unit for both the nurse and the patient, so humanization is fundamental. In this sense, this research aimed to analyze the role of humanization as an important factor in the relationship between the surgical team of nursing and patient in the Municipal Hospital of Itaituba, Pará. Questions are addressed regarding the surgical center unit, nurses' performance and humanization. It is a quantitative, descriptive research. The subjects of the research are the nurses of the surgical center of the Municipal Hospital of Itaituba. The data were grouped into categories, namely: general characteristics of the subjects; professional characteristics of subjects; subjects' conception about humanization; humanization actions practiced by the subjects. And from this study it was possible to know how nurses understand humanization, the difficulties encountered in providing humanized care, how professionals can be trained to improve humanized care, and identify the personal and professional characteristics that contribute to the exercise of humanization in the HMI.

Keywords: Surgical center. Nurse. Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS

CC	-	Centro Cirúrgico
CF	-	Constituição Federal
ENF		Enfermeiro
HMI	-	Hospital Municipal de Itaituba
MS	-	Ministério da Saúde
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PNHAH	-	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
SAEP	-	Sistema de Enfermagem Perioperatório
SOBECC	-	Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico
SUS	-	Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 -	Estudo da humanização durante formação acadêmica.....	42
Gráfico 02 -	Busca de informações sobre a humanização durante o período em que trabalhou no CC.....	44
Gráfico 03 -	Ações institucionais para atualização dos enfermeiros acerca da humanização.....	45
Gráfico 04 -	Principais causas da falta de humanização no Centro Cirúrgico....	47
Gráfico 05 -	Percepção do enfermeiro sobre as características do profissional para a prática humanizada do cuidado.....	50
Gráfico 06 -	Conduta humanizada do enfermeiro na admissão do paciente.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Princípios norteadores do SUS conforme a PNH.....	26
Quadro 02 - Diretrizes organizativas do SUS conforme a PNH.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Caracterização pessoal da população amostral. Nº - número de entrevistados. % - Porcentagem.....	38
Tabela 02 - Caracterização profissionais da população amostral. Nº - número de entrevistados. % - Porcentagem.....	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	A SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL.....	14
2.2	SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO.....	15
2.2.1	Legislação do Sistema Único de Saúde.....	17
2.3	CONCEITO E HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO.....	19
2.4	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	21
2.5	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ATENÇÃO NA GESTÃO DO SUS.....	23
2.5.1	Métodos e Estratégias do PNH.....	25
2.5.2	Princípios do PNH.....	26
2.5.3	Diretrizes.....	27
2.6	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO.....	29
2.7	HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO.....	31
3	METODOLOGIA.....	34
3.1	INVESTIGAÇÃO BIBLIOGRÁFICA.....	34
3.2	TIPO DE ESTUDO.....	34
3.3	ÁREA DE ESTUDO.....	35
3.4	POPULAÇÃO AMOSTRAL.....	36
3.5	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	36
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1	CARACTERÍSTICAS PESSOAIS.....	38
4.2	CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS.....	39
4.3	CONCEPÇÃO DOS SUJEITOS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO.....	42
4.4	AÇÕES HUMANIZADAS PRATICADAS PELOS SUJEITOS.....	53
5	CONCLUSÃO.....	57
	REFERÊNCIAS.....	58
	ANEXO.....	69
	APÊNDICE.....	70

1 INTRODUÇÃO

A unidade de centro cirúrgico e o profissional de enfermagem é um dos setores mais importantes no hospital, o Centro Cirúrgico é definido pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC), como área complexa e de acesso restrito que pertence a um estabelecimento de saúde, sendo assim sua arquitetura e área física tem particularidades determinadas pela legislação sanitária vigente, caracterizados por dimensões e instalações diferenciadas (SOBECC, 2009).

Conforme Figueiredo; Leite e Machado (2009), a especificidade do centro cirúrgico, a presença de agentes estressores devido às possibilidades de risco à saúde e à vida dos pacientes e ainda a pressão exercida sob os trabalhadores fazem com que essa área possa ser considerada uma das unidades mais complexas do hospital.

Conforme a SOBECC (2009), o enfermeiro e as técnicas de enfermagem se fazem presentes nas intervenções cirúrgicas desde os primórdios das cirurgias, exerciam funções em conjunto com os chamados "cirurgiões barbeiros", e eram responsáveis por manter o ambiente seguro, confortável, higiênico.

Hoje há uma grande dúvida sobre o real papel do enfermeiro no centro cirúrgico, pois devido à sua singularidade e rotina própria, muitas vezes é necessário que a equipe esteja capacitada e preparada para enfrentar as exigências impostas pelo ambiente, possibilitando mais segurança e o bem-estar do paciente (FERREIRA, 2015).

Diante disso, de acordo com Bianchi e Leite (2006), é um desafio refletir a respeito da atuação do enfermeiro no centro cirúrgico e, principalmente, sobre suas competências quando relacionadas às mudanças sociopolíticas, tecnológicas, econômicas e culturais e que determinam um repensar no exercício da profissão, indo desde as instituições de ensino até as hospitalares.

Até o momento não existe consenso quanto ao conceito de humanização da assistência hospitalar, embora o Ministério da Saúde tenha proposto algumas definições no programa - que posteriormente transformou-se em política - criado para incentivar a humanização nas organizações de saúde (BRASIL, 2003).

Reis; Marazina e Gallo (2004) consideram que humanização em saúde é uma possibilidade política de se alterar uma lógica utilitária e autoritária que produz sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes, através dela, poderão ser

instauradas, no interior das organizações, espaços de liberdade de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar dimensões subjetivas e singulares.

Martins (2001) entende a humanização em saúde como um processo amplo, demorado e complexo, uma vez que envolve mudanças de comportamentos onde os padrões já conhecidos são percebidos como mais seguros, assim, cada profissional, equipe ou organização passa por processo singular de humanizar, pois se não for singular não será de humanização.

No entanto, de acordo com Bittencourt e Hortale (2009), devido ao grande fluxo de pacientes que procuram o atendimento no âmbito hospitalar, os procedimentos cirúrgicos tornam-se cada vez mais complicados no que se refere ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde, ou seja, o cliente acaba tendo que pressionar o profissional a realizarem tais procedimentos de maneira rápida e sem atenção necessária que o mesmo precisa, assim por sua vez acaba sendo taxados como um profissional desumano.

Desse modo, conforme Silva e Carvalho (2010), a preocupação em realizar um atendimento humanizado para com o paciente no ambiente cirúrgico é um reflexo de uma nova cultura organizacional de melhoria da qualidade da produção do cuidado em saúde que tem como base o respeito, a solidariedade, a autonomia e a cidadania dos profissionais e usuários envolvidos.

Analisado o atendimento hospitalar prestado pelo profissional de enfermagem, pode-se observar que há na unidade de saúde, principalmente no centro cirúrgico, ausência de atendimento humanizado com o cliente. É notório ainda, que não são obedecidos certos padrões estabelecidos pela área de saúde, gerando certa distorção no que se refere ao atendimento que é prestado e o atendimento que deveria ser prestado ao público.

É preciso que as unidades cirúrgicas se organizem em função de suas realidades e especificidades. Contribuindo, ao mesmo tempo, para uma uniformização da "linguagem humanizada" da equipe cirúrgica de enfermagem sobre o tipo de atendimento oferecido ao público. Desse modo, as questões norteadoras desse estudo são: O que os enfermeiros do HMI entendem por humanização da assistência cirúrgica de enfermagem? O que gera a falta de humanização no centro cirúrgico do Hospital Municipal de Itaituba? De que forma o enfermeiro deveria ser preparado para colocar em prática os preceitos da Política Nacional de

Humanização? Quais as características pessoais que o enfermeiro deve desenvolver para que a humanização fosse colocada em prática no centro cirúrgico?

Para elucidar essas questões, foi definido como objetivo geral: Analisar sobre o papel da humanização como fator importante no relacionamento equipe cirúrgica de enfermagem e paciente no Hospital Municipal de Itaituba, Pará. E como objetivos específicos: Conceituar, sob a ótica dos enfermeiros, a humanização; listar os fatores que impedem a aplicação de práticas humanizadas no centro cirúrgico da unidade em questão; evidenciar possíveis ações de capacitação para otimizar a aplicação de práticas humanizadas; verificar as características que contribuem para o exercício da humanização no centro cirúrgico do HMI.

É notório que, hoje, o sistema público hospitalar desempenha um papel que vai além da “simples” assistência à saúde. Ultimamente, segundo os estudos de Bedin; Ribeiro e Barreto (2005), muitos problemas na saúde relacionados a questões física, psicológica, social e econômico dentro de um ambiente cirúrgico, estão sendo relacionadas à falta de humanização de alguns profissionais que trabalham no setor do centro cirúrgico hospitalar.

Além do mais, de acordo com Pacheco; Sauthier e Assunção (2016), é indiscutível a relevância social de tal estudo, uma vez que seus resultados poderão contribuir consideravelmente para a melhoria no processo de recuperação do paciente, especialmente no que se refere às relações entre enfermeiros e pacientes.

Diante disso, a realização deste estudo justifica-se pela necessidade de conhecer e apreender a influência da assistência humanizada da equipe cirúrgica de enfermagem, como ferramenta dinamizadora da recuperação cirúrgica do paciente e também, de analisar as causas e reflexos da falta da assistência humanizada no centro cirúrgico do Hospital Municipal de Itaituba.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL

As expressões “direitos humanos” e “direitos fundamentais”, conforme Sarlet (2006), tem sentido semelhante, uma vez que se referem a um conjunto de normas que objetivam proteger os bens jurídicos mais sensíveis na proteção da dignidade humana. Segundo Sampaio (2004), os ditos direitos humanos referem-se aos direitos básicos da pessoa humana, reconhecidos internacionalmente por fontes de direito internacional.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 fizeram com que os Direitos Sociais passassem a serem Direitos Humanos, que têm vigência universal, independentemente de serem reconhecidos pelas constituições, uma vez que dizem respeito à dignidade da pessoa humana (COMPARATO, 2003).

Sarlet (2006) afirma que a Constituição Federal de 1988 - CF, que é o elemento básico para a construção e consolidação de um Estado Democrático de Direito no Brasil, é considerada o ponto inicial da abordagem jurídica dos direitos humanos. Conforme Dallari (1998), os direitos fundamentais de cunho social, que são a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, estão albergados em seu artigo 6º da Constituição Federal de 1988.

Além de o direito a saúde estar assegurado no art. 6º da CF/88, o art. 196 dispõe que a saúde é um direito de todos e é um dever do Estado, que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que tenham o objetivo de reduzir o risco da doença e de outros agravos; e de promover o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

De acordo com Magalhães (2008), ter direito à saúde não significa somente ter direito de acesso à medicina curativa, e sim, à saúde física e mental, que começa com própria prevenção, promovendo o esclarecimento e a educação da população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia e de trabalho, lazer, alimentação saudável na quantidade necessária, campanhas de vacinação, dentre outras coisas. Magalhães (2008) defende ainda que muitas doenças existentes no Brasil poderiam ser evitadas caso a população fosse alcançada por programas de

esclarecimento, alimentação saudável, meio ambiente saudável e condições básicas de higiene e moradia.

Ramos (2010) considera oportuno destacar que o direito à saúde tem duas faces: a preservação da saúde como ponto de partida as políticas que visam à redução do risco de doença, situando-se o próprio direito a um meio ambiente sadio, que caracteriza um direito mais genérico; e o direito à proteção e recuperação da saúde, que é o direito individual à prevenção da doença, de modo que seu tratamento se traduz no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente. Enquanto o primeiro é típico direito de solidariedade, o segundo é típico direito fundamental à prestação positiva.

Humenhuk (2004) afirma que a saúde é uma garantia primordial à dignidade da pessoa humana, e que por isso, é dever do Estado, por meio de políticas públicas e de seus órgãos, assegurá-la como direito de todos os cidadãos. Ainda de acordo com Humenhuk (2004), o direito à saúde se caracteriza como um direito público subjetivo, ou seja, relativo e singular, relacionado às necessidades de cada indivíduo, devendo o Estado atuar de forma positiva para sua eficácia e garantia.

Conforme a CF/88, em seu art. 197, dispõe que as ações e os serviços de saúde no Brasil, são considerados de relevância pública e devem estar sujeitos aos mecanismos de controle social de uma democracia, para evitar eventuais abusos a esse direito, deixando claro, ao reconhecer as ações e os serviços de saúde como de relevância pública, que o bem jurídico da saúde é extremamente relevante no sistema jurídico brasileiro.

2.2 SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO

Andrade (2011) julga ser irrefutável que a vida é o mais valioso dos bens de qualquer ser humano, e que para o ser humano possa usufruir de uma melhor qualidade de vida, é imprescindível que haja acesso irrestrito à saúde e às condições sanitárias dignas no meio em que vive. Ainda conforme Andrade (2011), a Constituição Federal de 1988 exerce um papel muito importante no que se refere a esse direito, visto que dispõe que é do Estado a responsabilidade de promover esse acesso gratuitamente aos brasileiros e estrangeiros, que assim necessitarem.

O art. 198 da Constituição Federal de 1988 dispõe que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes específicas, e ainda, tratam da

descentralização dos serviços de saúde, do atendimento integral, da participação da comunidade nos serviços e ações voltadas ao atendimento da saúde e do seu financiamento.

As ações e serviços citados no art. 198 são postas em prática através do Sistema Único de Saúde – SUS, que é mantido pelo Poder Público. Machado e Mateus (2010) entendem que o Sistema Único de Saúde (SUS) traduz a principal garantia Constitucional do direito a saúde, pois é responsável pela saúde pública no Brasil e trata-se de um Sistema voltado a organizar as ações e serviços públicos de saúde, para promoção, proteção e recuperação, a serem prestados pelo Estado.

Conforme Brasil (1990), esse Sistema reafirma o dever do Estado de garantir a saúde por meio políticas públicas, econômicas e sociais e, além de a organização desse Sistema se fazer a partir de disposições constitucionais, também se dá através das leis Infraconstitucionais que são a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90.

Conforme Moura (2013), a Lei Federal n. 8080/90, trata da organização do SUS e bem como a Lei Federal 8142/90, trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, ambas formando a Lei Orgânica da Saúde.

Moura (2013) afirma que o Sistema Único de saúde vai além de uma disposição constitucional, sendo, na verdade, um importante marco histórico, uma vez que, apenas após a Constituição Federal de 1988, foi reconhecido e instituído o direito de todos os indivíduos de usufruírem de serviços e ações de saúde independentemente de contribuição, diferentemente do que ocorria no sistema de previdência social que era essencialmente contributivo.

Bertolli-Filho (2010) diz que estudos acerca da história da saúde pública retrata que a população brasileira era submetida a um tratamento desigual, caracterizando-se pela ausente ou pouca intervenção do Poder Público e a restrição de serviços de saúde a determinadas classes sociais, aos excluídos da Previdência Social restava somente os serviços preventivos, estando à mercê dos serviços de instituições filantrópicas de saúde para os demais serviços médicos.

Conforme os estudos de Serrano (2012), o Sistema Único de Saúde substituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era uma autarquia responsável pela saúde dos contribuintes da Previdência desde 1974, ano em que o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi desmembrado até

1990, ano em que foi aprovada a Lei 8080, que implementou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Weichert (2010) afirma que a universalização dos serviços públicos de saúde foi um reflexo da grande influência exercida pelo movimento sanitaria na Assembleia Constituinte de 1987. De acordo com Serrano (2012), um dos mais importantes atos políticos do movimento sanitaria aconteceu entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília - DF, onde se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que discutiu vários temas, entre eles, a reformulação do sistema nacional de saúde pública, sobretudo, com a ampliação da cobertura e dos beneficiários dos serviços de saúde.

Henriques (2008) define o SUS como uma organização administrativa destinada a promover a saúde pública brasileira, cujo acesso deve ser universal e igualitário, constituindo-se como uma rede regionalizada e hierarquizada, organizando-se de acordo com as diretrizes estabelecidas pela própria Constituição Federal de 1988.

Conforme Moura (2013), além da universalidade, o acesso à saúde guarda a obrigatoriedade de ser igualitário, de modo que não haja distinção em relação às pessoas ou aos serviços prestados. Em consonância a isso, Henriques (2008), afirma que para que esse acesso seja realmente universal e igualitário, é preciso que os serviços sejam gratuitos, uma vez que não se pode considerar universal algo pelo qual se exige qualquer prestação pecuniária.

2.2.1 Legislação do Sistema Único de Saúde

A Lei Federal 8.080/90 em seu Art. 2º versa que todo ser humano tem direito a saúde, que este é um direito fundamental e que o Estado tem poder e-dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Em seguida, em seu Art. 5º são estabelecidos os principais objetivos do SUS, a saber: (i) identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; (ii) formular política de saúde; (iii) promover, proteger e recuperar a saúde a partir de ações assistenciais e de atividades preventivas.

No que tange às atribuições do Sistema Único de Saúde, a Lei Federal 8.080/90 reforça o que foi dito na Constituição Federal vigente e ainda acrescenta outras obrigações, dispostas no Art. 6º, como: a assistência terapêutica integral e

farmacêutica; formulação da política de medicamentos; e incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde.

A Lei Federal 8.080/90 trata, ainda, do financiamento da saúde, sendo este tema, posteriormente, objeto da Lei Complementar 141/2011, que será estudada em tópico específico. Antes disso, alguns apontamentos serão realizados sobre a assistência terapêutica integral no SUS e a descentralização na saúde, temas importantes por direcionarem a política pública de saúde no Brasil.

O CONASS (2015) afirma que a Lei 8.080/90 determina, ainda, que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser feito de forma ascendente, indo do nível local até o nível federal, ouvindo seus órgãos deliberativos, estabelecendo uma compatibilidade entre as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

É necessário destacar ainda, a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Conforme o CONASS (2015), ao longo do tempo, a Lei n. 8.080/1990 foi alterada pelas Leis n. 9.836, de 23 de setembro de 1999; n. 10.424, de 15 de abril de 2002; n. 11.108, de 7 de abril de 2005; n. 12.401, de 12 de abril de 2011; n. 12.466, de 24 de agosto de 2011; n. 12.895, de 18 de dezembro de 2013; e pela LC n. 141, de 13 de janeiro de 2012.

Além dos princípios basilares e todas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, é preciso destacar que todos eles se referem de certa forma ao princípio constitucional absoluto da dignidade da pessoa humana. Este princípio está resguardado pelo inciso III, art. 1º da Constituição Federal. Kumagai e Marta (2010) afirmam que este, não é só um princípio, é um valor supremo definido com o fundamento da República Federativa do Brasil.

Deste modo, conforme Andrade (2011), a saúde foi reconhecida como um direito social fundamental pela Constituição da República Federativa do Brasil, que a

inclui como uma extensão do princípio da dignidade da pessoa humana, e por ser um Estado Democrático de Direito, visa superar desigualdades sociais com o fim de realizar justiça social.

Além disso, Andrade (2011) afirma que a implementação do Sistema Único de Saúde promoveu a efetivação propriamente dita do direito à saúde no Brasil, apresentando significativos progressos, garantindo a todos, do mais pobre ao mais rico, o direito a um tratamento de saúde integral e totalmente gratuito, cumprindo de certa forma a ordem esculpida na Constituição.

Shiratori *et al.* (2004) afirma que dentre as consequências deste progresso, pode-se destacar o surgimento de um aparato técnico, tecnológico e terapêutico capaz de aumentar a expectativa de vida humana, promover a cura de algumas doenças antes consideradas fatais e permitir a realização de diagnósticos cada vez mais precoces e específicos, no entanto, a assistência à saúde tornou-se mais complexa ao segmentar o ser humano e torná-lo objeto, negligenciando uma postura compreensiva, no sentido de considerá-lo detentor de necessidades humanas singulares e características de cunho social, cultural, econômico e político.

Nesse contexto, conforme Benevides e Passos (2005), é que surge a Política Nacional de Humanização, como uma política que engloba as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, partindo de algumas experiências do SUS visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre a atenção e gestão.

2.3 CONCEITO E HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO

Com o passar do tempo, ocorreram inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira e com eles, problemas de diversas ordens, se, por um lado, é possível notar avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, com a busca e ampliação da equidade, integralidade e universalidade, por outro lado, a divisão do trabalho em equipe esgarçam as ligações entre quem está cuidando e quem está sendo cuidado, tornando frágil a dimensão subjetiva das práticas de atenção (BRASIL, 2009).

Blainey (2007) afirma que o advento da Revolução Industrial proporcionou grandes transformações às ciências, nos mais diferentes campos do conhecimento científico e trouxe consigo um considerável avanço material e tecnológico, no entanto, com o passar dos tempos, os efeitos passaram a ficar mais evidentes na

vida do homem. E ainda, conforme Previatti (2001), as mudanças tão importantes para a história da humanidade desencadearam não apenas uma revolução tecnológica, mas também uma revolução de hábitos, costumes e valores humanos.

Para Capra (2006), os maiores reflexos dessas transformações são percebidos no próprio ser humano, principalmente, no cotidiano, nas atitudes e comportamentos desumanos, levando a comparações do homem como uma máquina, uma vez que os efeitos surgiram em todas as áreas do conhecimento científico e a enfermagem, como profissão voltada para o cuidado, mantém os seus princípios pautados em ações que humanizam as relações de atendimento e interações com os sujeitos em diferentes níveis de complexidade.

De acordo com o Brasil (2006), a humanização pode ser caracterizada como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado; estética ao passo que permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo; e política porque no que se refere à organização social e institucional, que é onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão.

Giron e Berardinelli (2015) defendem que falar da humanização é retomar a tradição do Ocidente de refletir sobre o lugar que o ser humano ocupa no mundo, nas inter-relações que estabelece com seus semelhantes na esfera social e, assim, também de saúde, em uma ética e solidariedade, tendo a capacidade e, principalmente, a sensibilidade de realizar suas funções de uma forma que o usuário se sinta acolhido e a vontade para falar dos seus sintomas, das suas patologias, dos seus atendimentos prévios, interações, suas angústias, medos e expectativas.

De acordo com Waldow e Fensterseifer (2011), a humanização do cuidado envolve um atendimento digno, escuta ativa, acolhimento e atenção às demandas do usuário, em especial, em relação ao seu tratamento, levando em consideração que cada indivíduo é diferente, que vivem em condições diferentes e, conseqüentemente, tem necessidades diferentes, a fim de que se estabeleça uma relação de confiança entre quem cuida e quem recebe o cuidado.

Giron e Berardinelli (2015) afirmam que humanizar é ter a sensibilidade de tentar compreender os aspectos subjetivos como indissociáveis dos aspectos físico-biológicos, e ainda, conceber uma prática na qual profissional e usuário considerem

um conjunto de aspectos: físicos, subjetivos e sociais que compõem o cuidado à saúde, incorporando uma postura ética de respeito de acolher o desconhecido e reconhecer os seus limites.

Em consonância a isso, Schimith e Lima (2004) relatam que o acolhimento não é necessariamente uma atividade isolada, mas se configura em um conjunto de atividades assistenciais, que consiste na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de promover a resolutividade.

Pinheiro e Ceccim (2005) ressaltam que o ensino se torna um grande aliado nas mudanças que devem ocorrer em dois momentos distintos: o primeiro, com os profissionais de saúde cuja formação acontece por meio de uma educação permanente, tendo como ponto de partida o cotidiano do trabalho; e no segundo momento, parte da ruptura do ensino de graduação em saúde que se pauta principalmente em procedimentos técnicos e de evolução dos quadros clínicos para um território onde a "educação em ato" acontece de forma mais subjetiva, por meio de práticas cuidadoras, inovadoras, centradas no diálogo com o usuário e equipe, buscando criar os nexos necessários entre saúde, educação e trabalho.

2.4 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Partindo do pressuposto de que a humanização deveria abranger todos os níveis de atenção à saúde e não somente o contexto hospitalar, em 2003, o Ministério da Saúde revisou a PNHAH e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), passando assim a contemplar toda a rede SUS, abrangendo transformações dos modelos de atenção e gestão nos serviços e nos sistemas de saúde (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, Chernicharo; Silva e Ferreira (2014) entendem que a temática de humanização na assistência de enfermagem passou a ter grande representatividade no cenário da saúde, tornando-se imprescindível compreender como essa temática está sendo trabalhada nos diferentes campos de atuação da enfermagem, que significações os profissionais de enfermagem estão dando a esse termo "humanização" e como tais significações repercutem em suas práticas.

Pott (2013) afirma que o tema 'humanização' é extremamente amplo e requer uma mudança de comportamento dos sujeitos e do próprio processo de saúde, nesse contexto, é preciso aprofundar a discussão acerca deste tema, de maneira

integral e humanística, respeitando a individualidade, valorizando as crenças, atentando para a comunicação e estando presente na relação de cuidado, torna-se imprescindível na humanização.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 e tinha como objetivo principal evidenciar a interface entre o cuidado e a gestão nos serviços de saúde, potencializando os que trabalham e os que utilizam os serviços de saúde como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURIC, 2009).

Ferreira (2014) acredita que é necessário identificar obstáculos, na área da saúde, que impeçam uma assistência digna e humana, a fim de proporcionar uma assistência eficaz, resolutiva, de qualidade e humanizada.

Formozo *et al.* (2012) reiteram que é fundamental sensibilizar a equipe de saúde para a importância de um atendimento humanizado e para a melhoria da resposta deste paciente ao tratamento, após ser acolhido por esta equipe.

Arone e Cunha (2007) defendem que propiciar um ambiente salubre, com condições dignas de trabalho, interação salutar entre os membros da equipe, organização, respeito ao próximo, valorização do trabalho, escuta atenciosa desses profissionais, com o objetivo de valorizar suas angústias pessoais ou até mesmo profissionais, são ações que podem influenciar positivamente o processo de humanização como um todo.

Pott (2013) afirma que o profissional satisfeito com o seu trabalho e que se encontra num ambiente respeitoso que valoriza suas individualidades e oferece condições dignas de trabalho, consegue empregar técnicas cada vez mais humanizadas ao ambiente, todos a sua volta e, principalmente, o usuário, que é quem mais precisa desse profissional saudável para realizar um atendimento qualificado e humanizado.

Freitas *et al.* (2013) que há muitas queixas de pacientes relacionadas a ausência de explicação durante procedimentos ou, até mesmo, orientações necessárias em algum momento da internação.

Costa (2004) justifica que, muitas vezes, os profissionais realizam suas atividades de maneira tão mecânica e rotineira que se esquecem de que existe um ser humano repleto de fragilidades que precisa de um gesto de carinho e atenção, inclusive, afirma que muitos profissionais consideram desnecessária a comunicação entre eles e um paciente grave.

Freitas *et al.* (2013) ressaltam ainda que outros fatores como os baixos salários, a dificuldade na conciliação da vida profissional e familiar, a jornada de trabalho, muitas vezes dupla ou tripla, que acarreta numa sobrecarga deste profissional e o contato constante com pessoas sob tensão devem ser lembrados quando se trata de humanização.

Vila e Rossi (2002) afirmam que em ambientes críticos, o alto grau tecnológico faz com que os cuidados se tornem mecânicos, uma vez que há maior foco no tratamento e na cura, gerando pouco comprometido com os sentimentos dos doentes e seus familiares.

Mendonça *et al.* (2016) afirmam que são os cenários em que a enfermagem tem se proposto a refletir sobre o cuidado humanizado são os mais diversos, dentre os quais está o centro cirúrgico, que é um setor marcado por rotinas e equipamentos diferentes dos que podem ser encontrados em unidades de internação, tornando-se, de certa forma, estranhos para os pacientes.

2.5 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ATENÇÃO NA GESTÃO DO SUS

Em 1999 foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Humanização da Assistência hospitalar, que teve como principal justificativa, a necessidade de agregar a eficiência técnica e científica à uma postura que respeitasse a singularidade de cada indivíduo, observando os limites de cada um e a convivência com o desconhecido (BRASIL, 2001).

De acordo com Heckert; Passos e Barros (2009), no ano de 2003 o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, tendo como princípios teóricos metodológicos a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos, ampliando, assim, o campo de assistência hospitalar para todos os serviços de atenção à saúde.

Para Giron e Berardinelli (2015), a Política Nacional de Humanização (PNH) é complexa, atravessa diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), além disso, tem sido amplamente discutida na formação de jovens universitários, futuros enfermeiros, bem como em diferentes cenários institucionais, no entanto, ao colocar em prática suas diretrizes no atendimento da população, percebe-se que na maioria das vezes alguns serviços não se encontram preparados

para acolher os usuários do SUS, demonstrando talvez haja certo descompasso entre a teoria e a prática.

Conforme o Brasil (2009), é preciso que os trabalhadores e usuários trabalhem conjuntamente para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

De acordo com o Brasil (2004), Programa Nacional de Humanização - PNH adota humanização como política transversal, ou seja, "como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva", ou seja, propõe uma modalidade de gestão participativa, na qual os trabalhadores e usuários são incluídos e valorizados no processo de produção de saúde, implicando em uma mudança na cultura de atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Política nacional de Humanização -PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação é que são construídas, de forma compartilhada os planos de ação para promover e disseminar inovações na área da saúde. A partir da análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2009).

De acordo com a cartilha produzida pelo Ministério da Saúde sobre a PNH, as inovações trazidas pela Política Nacional de Humanização, ou HumanizaSUS, como ficou popularmente conhecida, são apostas como:

- valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;

- mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

2.5.1 Métodos e Estratégias do PNH

O HumanizaSUS, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, a comunicação entre esses três sujeitos do SUS gera o que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. (BRASIL, 2009)

Gadamer (2005) acredita que humanizar se traduz principalmente em incluir as diferenças nos processos de gestão e de cuidado, de modo que tais mudanças sejam construídas por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada, a fim de estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Backes *et al.* (2006) afirma que as rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são as principais ferramentas utilizadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH, uma vez que incluir os trabalhadores na gestão é fundamental

para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

2.5.2 Princípios do PNH

O Ministério da Saúde, 2009 através da Cartilha da Política Nacional de Humanização lançada em 2009, destaca três princípios norteadores desta política, conforme o quadro a seguir:

Quadro 01 - Princípios norteadores do SUS conforme a PNH. Fonte: Brasil (2009).

Transversalidade	A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, buscando melhorar as relações de trabalho através da ampliação do contato e da comunicação entre as pessoas, evitando isolamento e amenizando a relações de poder causadas pelas hierarquias. O princípio da transversalidade baseia-se na necessidade de reconhecer que as práticas do profissional de saúde podem interagir com a experiência do paciente, e dessa forma, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.
Indissociabilidade entre atenção e gestão	Está relacionado à necessidade de que trabalhadores e usuários busquem conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, e ainda, participar ativamente tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sóciofamiliar devem também se responsabilizar pelo cuidado de si, pelo tratamento, sendo o protagonista com relação a sua saúde.
Protagonismo,	Refere-se à importância de que as pessoas envolvidas na gestão e atenção tenham autonomia e compartilham

corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos	responsabilidades, reconhecendo que os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens, uma vez que as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.
---	---

2.5.3 Diretrizes

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Segundo Costa (2009), as diretrizes organizativas têm como base planejar e organizar o funcionamento do sistema de saúde, e são seis, a saber:

Quadro 02 - Diretrizes organizativas do SUS conforme a PNH. Fonte: Brasil (2009).

Acolhimento	O que é? Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.
	Como fazer? Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.
	O que é? Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma em

Gestão Participativa e cogestão	espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. Como fazer? A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca 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, e outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimento da cogestão no cotidiano da saúde.
Ambiência	O que é? Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Como fazer? A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que melhora o trabalho em saúde.
Clínica ampliada e compartilhada	O que é? A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Como fazer? Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações

	clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.
Valorização do Trabalhador	O que é? É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.
	Como fazer? O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.
Defesa dos direitos dos Usuários	O que é? Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei. Os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desse direito e assegurar que seja cumprido em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.
	Como fazer? Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

2.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

De acordo com a SOBECC (2000), desde os primórdios, a enfermagem era responsável pelo ambiente do centro cirúrgico seguro, confortável e limpo para a realização do procedimento operatório. Leite (2002) afirma que até a década de 1960 a enfermagem era incumbida predominantemente da área instrumental, do atendimento às solicitações da equipe médica e das ações de previsão e provisão para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico.

Jouclas (1991) afirma que após este período, houve um intenso desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e instrumentais o que tornou as cirurgias cada vez mais complexas, fazendo com que o enfermeiro tivesse a necessidade de buscar uma fundamentação científica que o embasasse e que lhe desse identidade profissional, que os diferenciasse dos demais profissionais.

Segundo Castellanhos e Jouclas (1990), no ano de 1985 foi proposto o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) que tinha como propósito promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, onde o paciente é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção colaborativa que promove a continuidade do cuidado, proporciona a participação da família do paciente e possibilita a avaliação da assistência prestada.

Matos e Picolli (2004) afirmam que a criação deste modelo foi proposta num momento da história considerado de maior produção científica na área de Enfermagem, que era direcionada, sobretudo, à necessidade de conhecimento em relação à saúde e ao cuidado prestado ao paciente, família e comunidade.

Peniche e Chaves (2000) afirmam que, com o passar do tempo, o papel do enfermeiro no Centro Cirúrgico - CC tem se tornado cada vez mais complexo, na medida em que surge a necessidade de estabelecer uma interação entre as atividades que abrangem a área técnica, administrativa, assistencial, de ensino e pesquisa. Ainda de acordo com Peniche e Chaves (2000), na integração destas atividades e até mesmo na interação dos profissionais sob vários aspectos destaca-se a presença de um relacionamento interpessoal, normalmente dificultado pela característica do centro cirúrgico ser uma unidade fechada, estressante e dinâmica.

Fonseca e Peniche (2009), destacam que além da preocupação constante com a humanização do cuidado, muitas são as dificuldades, que vão desde o ensino aprendizagem das ações a serem desenvolvidas, até questões relacionadas ao número reduzido de enfermeiros para sua implementação.

Giron; Berardinelli e Espírito Santo (2015) afirmam que enfermeiro de CC enfrenta um dilema no desenvolvimento das suas ações frente à utilização do SAEP, gerando um conflito entre suas decisões em relação ao que teria condições de fazer e essa dificuldade persiste à medida que a administração das instituições de saúde não compreende a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente

cirúrgico no período perioperatório, proporcionando um desvio da sua função assistencial para a gerencial.

De acordo com Callegaro *et al.* (2010), o Centro Cirúrgico caracteriza-se como um serviço que disponibiliza elementos destinados às práticas cirúrgicas, priorizando assistência de qualidade ao cliente, nesse contexto, as equipes de enfermagem e de saúde são as responsáveis pelo cuidado perioperatório ao cliente, desde a recepção no pré-operatório, até a recuperação anestésica no pós-operatório. Para Silva e Alvim (2010), devido à especificidade do centro cirúrgico, a dinâmica do cuidar está muito voltada a ações mais objetivas e técnicas, visando, sobretudo, a recuperação do cliente.

Ruedel *et al.* (2010) afirma que, devido as características do setor em questão, a interação social no cuidado torna-se, muitas vezes, restrita, assim como a presença de um profissional de enfermagem junto ao leito, a demonstração de afeto, o toque e a conversa também são restritos a outras atividades e setores. No entanto, Callegaro *et al.* (2010) afirma que isso não significa que não haja expressividade no cuidado, para desmerecer ou desvalorizar os aspectos do cuidar que são da ordem da subjetividade, mas porque, neste setor, a atenção ao órgão físico como central é necessária.

2.7 HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

A assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico desenvolve-se durante o período perioperatório, este período, por sua vez, divide-se em três fases: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Todas as fases apresentam importantes interfaces para a atuação da equipe de enfermagem, delimitando e elucidando as atividades desempenhadas pelos membros da equipe durante a assistência ao paciente cirúrgico (SOBECC, 2013).

Chernicharo; Silva e Ferreira (2014) afirmam que a equipe de enfermagem deve se preocupar em prestar uma assistência voltada ao atendimento das necessidades do paciente que vivencia a experiência cirúrgica, valorizando as peculiaridades inerentes ao ambiente cirúrgico e aos sentidos e significados que esse momento tem para o paciente. Nesse contexto, Barbosa; Terra e Carvalho (2014) acreditam que é essencial ler ou ao menos tentar ler a linguagem corporal do paciente, estabelecer uma comunicação adequada seja ela verbal ou não verbal;

disponibilizar-se a ouvi-lo, ser gentil e prestar um atendimento com competência técnica.

Kikutti e Turrini (2005) acreditam que o paciente que se encontra no cenário do Centro Cirúrgico traz especificidades importantes que merecem ser objeto de investigação de enfermagem, uma vez que, nessa fase, os medos, a ansiedade e os significados em relação ao procedimento anestésico-cirúrgico são especialmente manifestados por ser um momento que marca a entrada do paciente em um ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador, além da separação de seus familiares e, muitas vezes, quando o paciente recebe uma assistência humanizada, é possível minimizar a insegurança que permeia o seu imaginário.

Benedet (2002) afirma que para prestar uma assistência de enfermagem de forma humanizada no centro cirúrgico, é necessário que os pacientes sejam ouvidos, compreendidos, acolhidos e respeitados, para que, a partir disso, diversas demandas, queixas e necessidades sejam prevenidas ou minimizadas durante o período em que se encontram neste setor ou até mesmo no pós-operatório.

Ferreira (2015) defende ser fundamental que o profissional considere as prioridades do paciente, em relação à sua privacidade, com o objetivo de colaborar para a realização de ações que garantam ao paciente a proteção de sua privacidade e que para isso, é essencial destacar o vínculo que a equipe de enfermagem deve estabelecer com o paciente a fim de transmitir segurança, fazendo com que o paciente se sinta menos incomodado pelo fato de ter que se expor.

Para Fonseca e Peniche (2009), a equipe de enfermagem deve permitir que paciente expresse seus medos, sentimentos e percepções, facilitando o estreitamento de um relacionamento interpessoal, deve tentar compreender as inquietações e inseguranças do paciente diante do procedimento cirúrgico para que a experiência cirúrgica seja menos ameaçadora e ainda, toda a equipe deve auxiliar o paciente a compreender seu agravo à saúde, sanando dúvidas referentes à cirurgia, ao ambiente e rotinas do CC com o objetivo de prepará-lo para o procedimento ao qual será submetido.

Fonseca e Peniche (2009) a partir de uma assistência de enfermagem humanizada e individualizada, o paciente se torna mais ativo e seguro em relação ao processo que está vivenciando e que por isso, a equipe de enfermagem deve estar atenta ao paciente como um todo, e não apenas à mesa cirúrgica, ao procedimento anestésico-cirúrgico, aos instrumentais e aos cirurgiões, pois são atitudes simples

como segurar a mão do paciente durante os procedimentos que fazem toda a diferença nesse processo.

Mendonça *et al.* (2016) acredita que a vivência profissional, no centro cirúrgico (CC), ajuda a entender a dificuldade das pessoas ao vivenciarem situações cirúrgicas, agudas ou de emergência, pois, além dos sentimentos de medo e insegurança, há também alteração da autoestima, ansiedade e muitas vezes frustração, nesse sentido, percebe-se que, muitas vezes, esses sentimentos são aflorados porque muitas vezes o acolhimento não é realizado de forma satisfatória, considerando que o indivíduo possui demandas de ordem física, emocionais e psíquicas e, nem sempre, as suas necessidades mais prementes são aquelas que envolvem o procedimento cirúrgico em si.

Giron; Berardinelli e Espírito Santo (2015) dizem que o centro cirúrgico é um espaço desconhecido e assustador para muitas pessoas, principalmente para aquelas que nunca estiveram naquele local, além disso, a suposta estranheza causada pelas roupas utilizadas por todos os profissionais e os procedimentos realizados naquele ambiente, naturalmente, são geradores de tensões.

Nesse sentido, Giron e Berardinelli (2013) entendem que o acolhimento no CC é um cuidado fundamental, pois favorece a compreensão de um momento estressante, ameniza emoções e angústias, promovendo conforto e cuidado humanizado.

Waldon e Fensterseifer (2011) afirmam que, na perspectiva da humanização, a pessoa deve ser vista em sua integralidade, considerando a singularidade de sua dimensão como sujeito, pois é justamente essa diversidade que a PNH tenta resguardar, sabendo a dimensão de cuidar, com a qual a enfermagem está comprometida, consiste em assegurar a promoção, proteção de cuidados com a vida, bem estar e saúde de modo amplo e singular.

3 METODOLOGIA

3.1 INVESTIGAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Essa pesquisa teve início com a busca de referências bibliográficas que pudessem nortear quanto ao assunto proposto, foram utilizados como descritores e marcadores os seguintes termos: Centro Cirúrgico; Humanização; Assistência; Enfermagem; entre outros nesse mesmo contexto.

Fonseca (2002) afirma que qualquer trabalho científico se inicia com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto, desse modo, ocorre a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites.

A investigação bibliográfica norteadora desse estudo ocorreu a partir de artigos, teses e dissertações, manuais do Ministério da Saúde, proveniente nas bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google acadêmico, no cerco da biblioteca da Faculdade de Itaituba, e outras revistas que abordavam o tema pesquisadas pela ferramenta Google.

3.2 TIPO DE ESTUDO

O estudo trata-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quantitativa, que segundo Gerhardt e Silveira (2009), esclarecem que a pesquisa quantitativa baseia-se no pensamento positivista lógico, desse modo, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.

Segundo Manzato e Santos (2008), os métodos de pesquisa quantitativa, de modo geral, são utilizados quando o estudo tem o objetivo de medir opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes etc. de um universo (público-alvo) através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada.

A pesquisa quantitativa permite a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente, suas características principais são:

- obedece a um plano pré-estabelecido, com o intuito de enumerar ou medir eventos;
- utiliza a teoria para desenvolver as hipóteses e as variáveis da pesquisa;

- examina as relações entre as variáveis por métodos experimentais ou semi-experimentais, controlados com rigor;
- emprega, geralmente, para a análise dos dados, instrumental estatístico;
- confirma as hipóteses da pesquisa ou descobertas por dedução, ou seja, realiza predições específicas de princípios, observações ou experiências;
- utiliza dados que representam uma população específica (amostra), a partir da qual os resultados são generalizados, e
- usa, como instrumento para coleta de dados, questionários estruturados, elaborados com questões fechadas, testes e checklists, aplicados a partir de entrevistas individuais, apoiadas por um questionário convencional (impresso) ou eletrônico (DENZIN; LINCOLN, 2005; NEVES, 1996; HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006).

3.3 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Municipal de Itaituba, na cidade de Itaituba que possui uma área da unidade territorial de 62.042,302 km², localiza-se no norte brasileiro e conta com o número de 97.493 habitantes (IBGE, 2016).

De acordo com Renovato e Bagnato (2012), o HMI funciona no prédio onde funcionava o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, órgão responsável pela prestação de relevantes serviços a saúde pública do Brasil, pois, além de criar diversos hospitais em cidades ribeirinhas do território Amazônico, participou ativamente nas campanhas de erradicação da varíola, e na formação de profissionais da saúde.

Através da Lei nº 3.750 de 1960, o SESP foi transformado permanentemente numa fundação vinculada ao Ministério da Saúde, a Fundação Serviço de Saúde Pública, com caracterização permanente (BRASIL, 2004).

Desde então, tornou-se então Hospital Municipal de Itaituba, que é uma referência do SUS por ser o único hospital público do município, sendo composto por uma ala de Urgência e Emergência, ala de internação que está dividida em Clínicas: Médica e Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica e Unidade de Cuidados Intensivos (SEMSA, 2015).

3.4 POPULAÇÃO AMOSTRAL

A população amostral deste estudo foram cinco enfermeiros do Centro Cirúrgico do Hospital Municipal de Itaituba, que concordaram, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, em participar deste estudo.

O critério de inclusão foi ser enfermeiro e trabalhar no Centro Cirúrgico do HMI, não houve critério de exclusão tendo em vista a quantidade de enfermeiros e considerando que todos aceitaram participar do estudo.

3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi feita a partir de um questionário estruturado, ou seja, com perguntas fechadas e objetivas. De acordo com Marconi e Lakatos (1999), as entrevistas estruturadas são as mais indicadas para pesquisas quantitativas.

Richardson (1999) esclarece que nestas entrevistas são utilizadas, em sua maioria, perguntas fechadas, ou seja, são utilizadas perguntas nas quais são as respostas são alternativas já especificadas pelo escopo da questão.

Cada participante da pesquisa foi informado sobre dos objetivos do trabalho e a finalidade do questionário, em seguida, foram submetidos à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo). Após a assinatura do termo, foram entregues os questionários a cada um dos participantes. O questionário utilizado possuía 13 questões fechadas (Apêndice), e tinha como objetivo elucidar as questões norteadoras deste estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

De acordo com o regulamento da Faculdade de Itaituba os dados foram coletados através de um questionário com perguntas fechadas, sendo que todas foram obtidas de forma voluntárias junto aos enfermeiros do Centro Cirúrgico do HMI.

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e diante do exposto ficou claro o objetivo do trabalho, sendo informado que os dados obtidos seriam somente para a pesquisa, e as informações, não haverá nenhum risco ou prejuízo. Nessa pesquisa todos os participantes leram o termo de consentimento e livre esclarecimento e assinaram levando consigo uma cópia.

Quanto à identificação dos pesquisados, foram vinculados as seguintes siglas: ENF. 1; ENF. 2; ENF. 3; ENF. 4; e ENF. 5, para garantir o sigilo dos nomes e seus respectivos resultados.

|

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a melhor compreensão dos resultados e discussões, os dados e informações coletados dos participantes foram agrupados em categorias, a saber: características gerais; características profissionais; concepção acerca da humanização; ações de humanização praticadas.

4.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

A primeira parte da entrevista foi voltada à coleta de informações acerca das características gerais dos sujeitos, como sexo, idade e estado civil, e foram descritos na tabela 01.

Tabela 01 - Caracterização pessoal da população amostral. Nº - número de entrevistados. % - Porcentagem.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
SEXO		
Feminino	5	100%
TOTAL	5	100%
FAIXA ETÁRIA		
21 – 25	1	20%
26 – 30	1	20%
31 – 35	3	60%
TOTAL	5	100%
ESTADO CIVIL		
Casada	2	40%
Solteira	2	40%
Em união estável	1	20%
TOTAL	5	100%

A totalidade da participação foi de pessoas do sexo feminino, conforme exposto na tabela 1. Esse resultado corrobora com os estudos de Villegas (2010), que afirmam que a presença predominantemente feminina na enfermagem, nos

remete aos primórdios dessa profissão, uma vez que para a sua organização, eram exigidas características tidas como inerentes às mulheres, como a questão do cuidado realizado com discrição, silêncio, carinho, delicadeza e dedicação.

Casate e Correa (2013) esclarecem que a questão de gênero da enfermagem no Brasil teve início da década de 1920 com a Reforma Carlos Chagas, na qual o sanitarista Carlos Chagas ensejou a vinda de um grupo de enfermeiras norte-americanas com o objetivo de promover vigilância e educação sanitária, criando a partir daí a primeira Escola de Enfermagem composta somente por mulheres e que valorizava o cuidado técnico e abnegado e defendia que este era uma extensão do papel da mulher no lar.

Segundo Gonçalves e Sena (2013), a divisão social de trabalho, na estrutura familiar desde primórdios conferiu à mulher uma responsabilidade pelo cuidado das crianças, velhos e doentes. Villegas (2010) ressalta, inclusive, que a palavra inglesa nurse, que significa “enfermeira (o)”, originou-se do latim “*nutrix*”, que significa “mãe que cria”.

Gonçalves e Sena (2013), retornando à análise da Tabela 1, do total de participantes dessa pesquisa, não houve diferença significativa nos dados da faixa etária, cuja abrangência variou entre 24 e 35 anos. Os estados civis de maior prevalência correspondem ao de casado (40%) e solteiro (40%) e o de menor prevalência corresponde ao de união estável (20%).

4.2 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

Conforme demonstrado na Tabela 02, a segunda parte da entrevista foi voltada à formação profissional do sujeito, com questões relacionadas ao tempo de formação, se tem especialização e se tem especialização em centro cirúrgico.

Nota-se, que em relação ao tempo de formação, a maioria dos sujeitos da pesquisa tem entre 1 e 3 anos de formação, essa informação chama atenção para a algumas questões sobre como esses profissionais tiveram a humanização abordada durante a formação, tendo em vista que a PNH surgiu há mais de 10 anos e tem sido um assunto muito difundido.

Nesse Interim; Lazzari; Jacobs e Jung (2012) afirmam que algumas pesquisas demonstram que o investimento na área da enfermagem que se dedicam a estudar a humanização no processo ensino-aprendizagem é muito baixo, além disso, existem

também falhas consideráveis na formação no que compete à humanização como objeto de estudo nos cursos de graduação.

Tabela 02 - Caracterização profissional da população amostral. N° - número de entrevistados.
% - Porcentagem.

CARACTERÍSTICAS	N°	%
TEMPO DE FORMAÇÃO		
1 – 3 anos	2	40%
4 – 6 anos	1	20%
7 a 10 anos	1	20%
mais de 10 anos	1	20%
TOTAL	5	100%
ESPECIALIZAÇÃO		
Sim	4	80%
Não	1	20%
TOTAL	5	100%
ESPECIALIZAÇÃO EM CENTRO CIRÚRGICO		
Sim	1	20%
Não	4	80%
TOTAL	5	100%
CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA ATUAR NO CC		
Sim	3	60%
Não	2	40%
TOTAL	5	100%
TEMPO ATUANDO NO CC		
Menos de 1 ano	4	80%
Mais de 10 anos	1	20%
TOTAL	5	100%

Villegas (2010) afirmam que apesar de existir um grande movimento em direção à humanização embasado por políticas públicas, ainda é grande representatividade dos profissionais que não estão conscientes sobre tal situação, de modo que fica cada vez mais difícil modificar suas práticas, que são enraizadas de valores, conceitos e atitudes compatíveis à formação que tiveram.

Em relação à especialização, conforme demonstrado na tabela 1, 80% das enfermeiras afirmaram ter especialização, situação essa que traz vantagens tanto para o profissional em si como para aqueles que dependerão de seus cuidados. Em relação a isso, Barbosa; Terra e Carvalho (2014) afirmam que é imprescindível que os enfermeiros estejam, constantemente, buscando um saber científico que subsidie a prática assistencial, pois isso proporciona ao profissional um preparo direcionado a uma área determinada do conhecimento com vistas a aprimorar a prática do cuidado ao cliente, usuário, família e comunidade.

No que tange à especialização em Centro cirúrgico, somente uma das entrevistadas afirmou positivamente (tabela 01). Sabe-se que o centro cirúrgico é uma unidade extremamente complexa devido a sua dinâmica, normas e riscos. No mesmo sentido, Barbosa; Terra e Carvalho (2014) afirmam que, levando em consideração o elevado número de procedimentos realizados, a complexidade da unidade, o centro cirúrgico exige conhecimento científico, responsabilidade e habilidade técnica, por isso é fundamental que este esteja cada vez mais apto a atuar nessa área.

Em consonância, Soares e Lunardi (2010) ressaltam que a qualidade da assistência prestada ao paciente pelo profissional de enfermagem, tanto no período que antecede a cirurgia quanto durante e após a realização da mesma, interfere diretamente nos resultados do procedimento realizado, desse modo, é essencial que estes profissionais dominem a técnica necessária para atuar diante da singularidade e complexidade desta área.

Em relação a outros tipos de capacitação para atuar no centro cirúrgico, 60% das entrevistadas, ou seja, 3, afirmaram ter feito cursos de capacitação e 40%, 2 delas, afirmaram não ter feito nenhum curso específico para centro cirúrgico. Como dito anteriormente, é fundamental que os profissionais atuantes nessa área tenham conhecimento técnico científico devido a especificidade do ambiente.

Mancia; Cabral e Koerich (2014) afirmam que em estar em constante capacitação proporciona ao profissional para uma atuação mais diferenciada no

setor da saúde, esse aprimoramento faz com que ele preste serviços cada vez melhores a população. Ainda nesse aspecto, Casate e Correa (2012) reiteram que quaisquer processos de aprimoramento profissional podem potencializar as práticas realizadas e também interferir no cotidiano dos serviços, nos processos de trabalho, nos modos de gerir e cuidar das pessoas.

Em relação ao tempo de atuação no centro cirúrgico, de acordo com os dados obtidos e expostos na tabela 02, 80% que se refere a 4 das entrevistadas afirmaram trabalhar no centro cirúrgico há menos de 1 ano , ou seja, uma delas, há mais de 10 anos.

4.3 CONCEPÇÃO DOS SUJEITOS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO

A terceira parte do questionário constituiu-se de questões sobre como os profissionais de enfermagem compreendem e caracterizam a humanização e a não humanização no cuidado de enfermagem e suas repercussões na prática assistencial.

A primeira pergunta dessa segunda etapa do questionário aludia se o profissional, em algum momento da sua formação acadêmica o informante teve orientações sobre humanização de um modo geral e sua política nacional e, conforme demonstrado no gráfico 01, 20% afirmaram ter recebido ampla instrução a respeito, 20% afirmou não ter nenhuma instrução e 60% teve instruções parciais referentes ao tema.

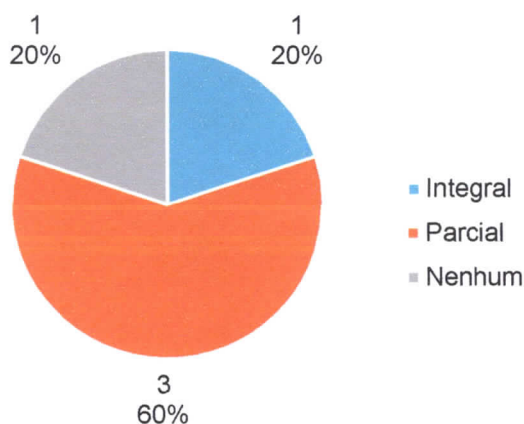


Gráfico 01 - Estudo da humanização durante formação acadêmica.

Essa informação chama atenção para a necessidade de orientar os graduandos a respeito dos limites e singularidades de cada cliente, principalmente pelo fato de o que a formação dessa classe deve ter como base tanto os conhecimentos técnico-científicos quanto políticos e éticos.

Nesse sentido, Silveira *et al.* (2014) afirmam que há uma grande necessidade de o sistema formador de recursos humanos reavaliar para quem, como e com que propósitos os profissionais da área da saúde estão sendo formados, uma vez que, essa formação deve se dar de forma harmônica com as diretrizes de uma política nacional de saúde, dentro de um modelo que privilegie a técnica e a competência, mas também a integralidade, a resolutividade e a relevância social.

Beck *et al.* (2009) acredita que a enfermagem tenha um papel muito importante na implantação da humanização nos serviços de saúde, uma vez que, em geral, a equipe de enfermagem é que tem mais contato com os usuários. Ferreira (2015) afirma que muitos profissionais da área da saúde, apesar do desconhecimento com relação à Política Nacional de Humanização, em algumas situações, incorporam a humanização da assistência em sua prática o que pode contribuir para a qualidade da assistência em saúde.

Em consonância, Casate e Corrêa (2012) afirmam que o conhecimento técnico e científico deve ser melhorado e aprofundado, mas também é fundamental estabelecer uma base sólida com os referenciais éticos da justiça, solidariedade e da busca de equidade, a fim de observar cada pessoa humana segundo suas necessidades de saúde e procurando diminuir as desigualdades existentes em nosso país.

Nesse contexto, Leite e Strong (2016) afirmam ser imprescindível que os currículos disponham de disciplinas que direcionem à uma formação mais humanística e que adotem a visão holística, não somente pela necessidade de atenuar a carência gerada ainda na educação básica, mas, principalmente, porque os desafios éticos gerados pelo avanço científico têm exigido que os profissionais fizessem uma reflexão baseada nos valores humanísticos e sob uma ótica holística.

No mesmo sentido, Casate e Correa (2013) sugerem que currículos disciplinares devem incluir conteúdos que favorecem a formação humana do aluno a partir de métodos mais integrativos e, principalmente, aqueles que permitem que gradativamente o aluno faça aproximações sucessivas à prática profissional,

articulando-a aos referenciais teóricos, podem ter mais potencial para aprendizagem crítico-reflexiva e comprometida com a realidade.

Em se tratando da busca de conhecimentos acerca da humanização e da PNH durante o período em que o sujeito trabalha no Centro cirúrgico, conforme demonstrado no gráfico 02, pode-se perceber que 80% das entrevistadas afirmaram ter buscado informações e somente 20% afirmou nunca ter buscado informações sobre o tema em questão.

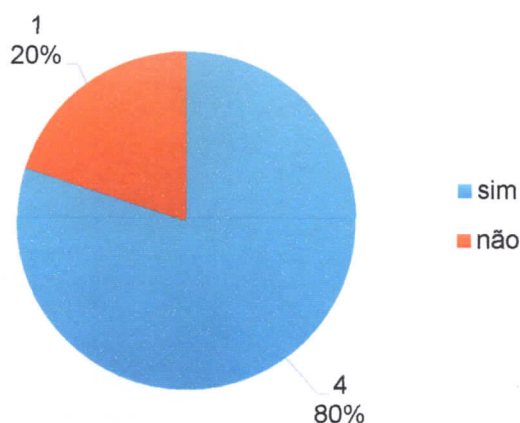


Gráfico 02 - Busca de informações sobre a humanização durante o período em que trabalhou no CC.

Esse dado revela que os profissionais entendem a importância de estarem atualizados sobre questões relacionadas a humanização, que sentem desejo e necessidade de aplicar essas técnicas e principalmente, que a humanização contribui positivamente para a realização do trabalho.

Barbosa; Terra e Carvalho (2014) entendem que a assistência vai muito além do simples ato de assistir ao paciente com o foco na doença, no fazer mecânico ou nas técnicas e procedimentos, significa também ter a sensibilidade para perceber os clientes e seus familiares como seres humanos singulares que estão passando um difícil momento de suas vidas, que precisam de assistência, mas que também precisam que seus medos e anseios sejam levados em consideração.

No mesmo contexto, Villegas (2010) afirma que para prestar um atendimento humanizado o enfermeiro deve sempre ter o cuidado de ver o cliente de forma específica e qualitativa, para que, aliando conhecimentos técnico-científicos à uma conduta baseada numa postura de eficiência, atenção e sensibilidade, o paciente chegue ao resultado esperado.

Ferreira (2015) na mesma direção, afirma que há dificuldades na prática da humanização inerentes ao profissional e que essas dificuldades se devem principalmente pela falta de educação continuada, uma vez que esta é fundamental para que prevaleça a qualidade da assistência humanizada e para que se possa evitar que a decadência na assistência ao paciente.

É importante ressaltar de, de acordo com Brasil, para o processo de humanização tornar-se exequível é necessário colocar em prática os princípios da Política Nacional de Humanização: inseparabilidade entre a gestão e atenção, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos, tendo em foco, que o cuidado humanizado deve ser assumido conjuntamente pela instituição, pelos gestores e pelos profissionais (BRASIL, 2004).

No gráfico 03 são expostas as principais atitudes institucionais que, na percepção dos entrevistados, otimizariam o conhecimento dos enfermeiros da humanização e sua política nacional. As ações mais representativas foram: promoção de palestras educativas periódicas (100%) e orientações referentes à humanização (80%), seguidas por conversas individuais sobre o tema (40%) e, por último, oferta de manuais de humanização aos profissionais (20%).

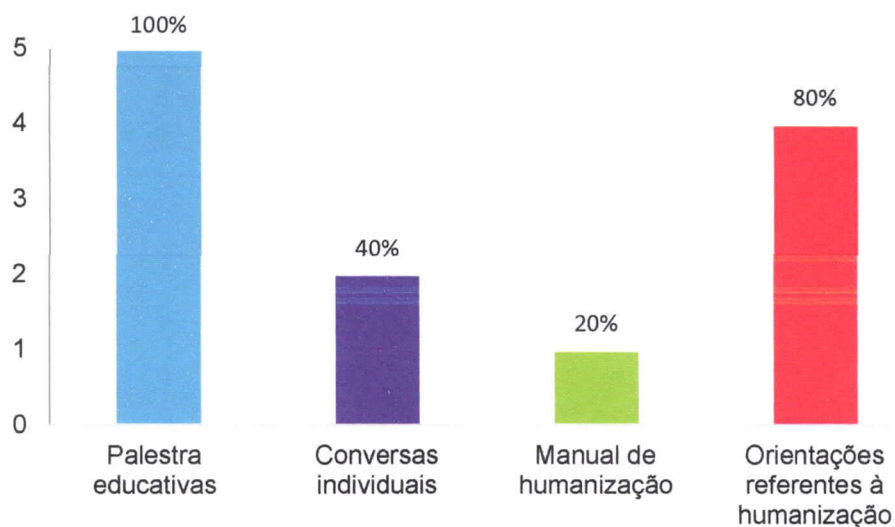


Gráfico 02 – Ações institucionais para atualização dos enfermeiros acerca da humanização.

Rios (2009) afirma, que além de esperar que profissional seja cuidadoso com o paciente, é preciso perceber que o próprio profissional também tem fragilidades e isso faz com que ele necessite de atenção e assistência, levando em consideração

que, diante sua necessidade de aprimoramento no que tange ao cuidado humanizado, é preciso que sejam estabelecidas algumas ações institucionais com esse objetivo.

Os estudos de Beck *et al.* (2009) esclarecem que é inegável a forma como a responsabilidade dos municípios com a saúde tem crescido, entretanto, é comum constatar a insatisfação de enfermeiros devido à falta de apoio, parceria e atenção dos órgãos públicos e da própria administração, mas com dificuldades enfrentadas no cotidiano laboral, a maioria dos enfermeiros acredita que há trabalhadores qualificados e comprometidos, que precisam somente de um pouco de atenção e valorização.

Souza; Silva e Nori (2010) chamam atenção para a intensa exigência de que o enfermeiro tenha cada vez mais conhecimento científico, prático e técnico, para a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente, aliado à percepção de que o enfermeiro deve ser um profissional mais sensível e humanístico, para promover a segurança e bem estar do paciente, mas que dificilmente, o próprio enfermeiro recebe atenção e cuidado.

Thofehrn (2010) ressalta que, uma reavaliação da questão da humanização se faz pertinente no sentido de observar de que forma os anseios dos trabalhadores estão sendo levados em consideração, principalmente porque o reconhecimento de sua importância para aquele meio, prestígio e autonomia profissional pode torna-lo mais eficiente e eficaz, pois se sabe que a satisfação e o bom desempenho do profissional influenciam diretamente no bom andamento do tratamento e na recuperação do paciente.

Quanto a percepção dos sujeitos em relação as causas da falta de humanização no centro cirúrgico, as causas mais representativas foram: quadro de funcionários reduzido (100%), rotina intensa (80%), costume com a profissão (80%); seguidas pela complexidade do ambiente (60%), falta de respeito com o profissional (20%) e a fragmentação das funções (20%), conforme exposto no gráfico 04.

Duarte e Noro (2010) esclarecem que a rotina diária do centro cirúrgico é complexa e tensa, fazendo com que os profissionais esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente, pois lidam a todo momento com risco à vida de paciente e isso lhes exige muita técnica e agilidade no momento em que realizam suas funções.

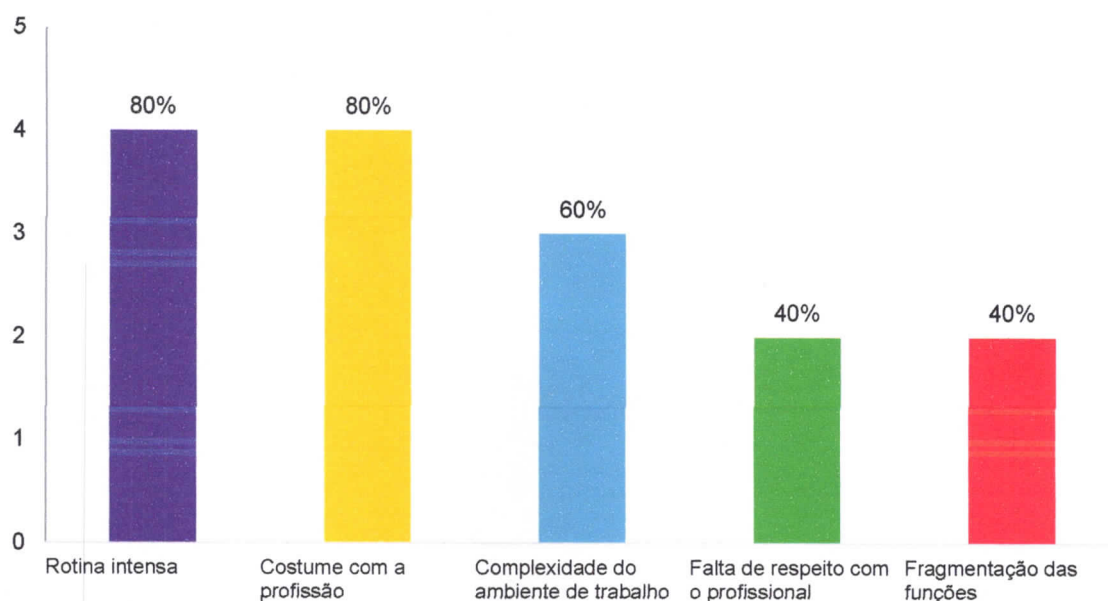


Gráfico 03 - Principais causas da falta de humanização no Centro Cirúrgico.

Oliveira (2010) afirma que muitas vezes, por mais que o profissional tenha o desejo de exercer suas atividades de forma mais humanística para com o cliente, a extrema atenção ao procedimento em si faz com que não haja tempo para dar atenção especial para cada um. Ainda sobre esse aspecto, Ferreira (2015) esclarece que o agir mecânico dos enfermeiros está mais relacionado com o fato de aquele procedimento requerer extrema atenção devido a sua complexidade, mas isso não quer dizer que ele haja com descaso ou esteja sendo desumano com determinado indivíduo.

Pafaro e Martino (2014) consideram que o centro cirúrgico seja um ambiente estressor ao enfermeiro, principalmente porque além da exigência exercida pela equipe e pelos familiares é muito grande, o enfermeiro tem, às vezes, que passar por várias cirurgias numa única jornada de trabalho ou até mesmo realizar dupla jornada de trabalho, fatores estes, que desencadeiam nesses indivíduos, níveis elevados de estresse que acabam interferindo no exercício de práticas humanizadas.

Medina e Backes (2012) relatam que as situações comuns relacionadas ao centro cirúrgico são situações com as quais o enfermeiro já está acostumado, a rotina acelerada, a presença de vários pacientes, à necessidade de realizar vários procedimentos antes, durante ou depois da cirurgia rotina fazem com que os

profissionais se tornem mecânicos e esta postura humanizada fique longe de ser executada.

Genovez *et al.* (2005) apontam que as pessoas que estão hospitalizadas geralmente são assistidas de forma mecânica, sendo frequentemente ignoradas as questões de natureza interacional, de modo que o paciente/usuário deixa de ser tratado pelo nome, passando a ser um número de leito ou alguém portador de uma determinada patologia, mas que isso se tratar de um mecanismo para estabelecer a organização no ambiente e promover o bom andamento dos procedimentos, faz com que o paciente que já faz parte da rotina do enfermeiro, que acaba deixando de lado a pessoa do paciente.

Oliveira (2015) afirma que o fato de o enfermeiro estar habituado à sua função não significa que seja um profissional desumano ou negligente, uma vez que o hábito é comum a qualquer atividade profissional, obviamente, isso não isenta o enfermeiro de presar pelo bem estar do paciente, no entanto, é preciso ter em mente de que o grande número de pacientes e a complexidade de cada caso, muitas vezes, requer agilidade do profissional.

Os dados obtidos corroboram com os estudos de Stumm; Maçalai e Kirchner (2016) que afirmam que unidade de Centro Cirúrgico é um ambiente diferenciado e possui os mais variados riscos para os profissionais lá inseridos, devido ao lugar de destaque na unidade hospitalar em decorrência da alta complexidade dos procedimentos realizados e é visto como um ambiente altamente estressante para o paciente e a equipe de trabalho, exigindo dos profissionais capacitação e preparação profissional, além do trabalho integrado e o relacionamento harmonioso entre os profissionais.

Nesse mesmo sentido, os estudos de Freitas *et al.* (2013) afirmam que a complexidade das organizações hospitalares e a variedade de setores e profissões faz com que os trabalhadores sejam expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que, geralmente, desencadeia ansiedade, tensão física e mental.

Oliveira (2015) ressalta que o enfermeiro que atua em centro cirúrgico tem a necessidade de se relacionar com profissionais de outras áreas e isto pode ser um fato gerador de conflitos, divergências, insatisfações, evoluindo para o estresse, uma vez que ele necessita interagir continuamente com esses profissionais para que o trabalho possa ser realizado de forma eficiente e eficaz, mas também deve estar

atento para o paciente, levando em consideração a necessidade que ele tem de ser bem assistido.

Em consonância aos dados obtidos, Freitas *et al.* (2013) afirmam que outro fator que tende a agravar as alterações emocionais é o fato de o trabalho ser executado de forma fragmentada, pois isso torna ainda maior a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais, intensificando a visão de compartimentação da pessoa a ser cuidada. No entanto, Gomes (2009) afirma que a definição de papéis e a clareza sobre os limites de atuação dos membros da equipe, especialmente da enfermagem, são imprescindíveis para o funcionamento adequado de qualquer setor na área da saúde.

No mesmo sentido, Backes; Lunardi e Filho (2016) defendem que um quadro profissional que possui diferentes vínculos empregatícios com profissionais desempenhando funções similares, traz consequências para o gerenciamento de pessoal e principalmente para a organização do setor, impactando negativamente no processo de trabalho, prejudicando os resultados do serviço.

Souza; Silva e Nori (2010) afirmam que, as alterações no mundo do trabalho são constantes e, contribuem para o desgaste da saúde dos trabalhadores, gerando sentimento de impotência em relação à estrutura hierárquica, geralmente centralizadora, além de abrandar as situações em que os profissionais se encontram, diante de uma estrutura que leva mais em consideração as tarefas que devem ser realizadas do que o profissional em si, assim como as tarefas padronizadas em detrimento da singularidade dos clientes.

Reis; Marazina; Gallo (2012) afirmam que é comum que os pacientes e seus familiares entrem em conflito com a equipe de profissionais, esses conflitos geralmente são uma tradução dos sentimentos dos clientes, no entanto, esses conflitos demonstrados através da falta de respeito para com o profissional podem causar um distanciamento do profissional com o paciente, fazendo com que, automaticamente, suas funções sejam realizadas de forma mais mecânica e menos humanística.

Boemer; Rossi e Nastari (2011) ressaltam que a interação entre quem cuida e quem é cuidado deve ser feita de forma respeitosa, porque assim como o paciente, o enfermeiro também tem anseios e limitações, e principalmente levando em consideração de que muitas vezes o profissional enfrenta uma série de questões que o impedem de exercer práticas humanizadas e que isso não depende somente

dele, uma vez que a unidade hospitalar é um sistema hierárquico e para funcionar depende do comprometimento de todos.

Ao serem questionados sobre quais as principais ações que um profissional deveria ter para praticar a humanização do cuidado, os sujeitos afirmaram que o profissional deve praticar o cuidado holístico (100%), deve oferecer as informações necessárias à família e ao paciente (80%), ser atencioso, carinhoso e paciente (80%) e ter empatia com o paciente e os familiares (60%), conforme observado no gráfico 05.

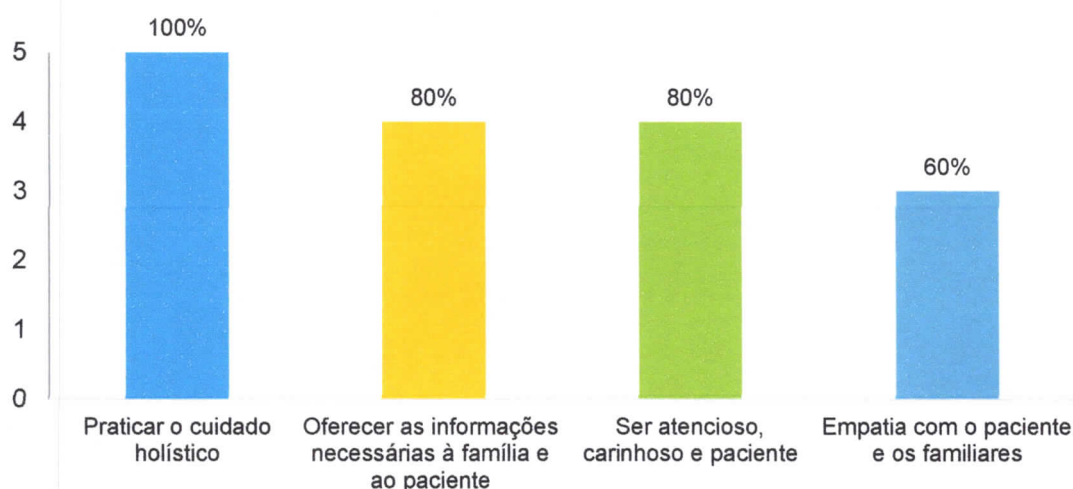


Gráfico 04 - Percepção do enfermeiro sobre as características do profissional para a prática humanizada do cuidado.

Corroborando com os dados obtidos, Ayres (2015) afirma que a humanização da assistência tem sido um tema preconizado por várias instituições preocupadas em oferecer um cuidado integral ao cliente, analisando-o em sua totalidade, dentro deste contexto e isso se alcança ao passo que o cuidar conquista uma dimensão mais abrangente, enfatizando as necessidades biológicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, sendo exatamente a ênfase desse conjunto, o que se chama comumente de cuidado holístico.

Backes; Lunardi e Filho (2016) ressaltam sobre isso que é necessário pensar em no cuidado dando a ele um sentido multidimensional, não apenas "assistir" no sentido confinado ao ato de olhar, de ver, mas de torna-lo uma atividade provida de sentimentos, responsabilidade, sensibilidade.

Rios (2009) ressalta que, apesar dos esforços dos enfermeiros para oferecerem uma assistência holística ao cliente, existem algumas dificuldades encontradas nesse sentido, como por exemplo, as condições de trabalho desses profissionais, principalmente no que se refere a infraestrutura insuficiente, a falta de recursos humanos e má distribuição de tarefas.

Para Freitas *et al.* (2013), essas condições de trabalho consideradas “desumanizantes” geram sobrecarga de atividades, cansaço e estresse, impedirem que o trabalhador desenvolva sua capacidade crítico-criativa, gerando um ambiente desfavorável ao profissional e ao cliente, fazendo com que as ações de enfermagem se tornem fragmentadas e os enfermeiros percam de vista o cliente em sua totalidade.

Corroborando com os dados obtidos acerca da importância da comunicação entre a equipe, a família e o paciente, Nascimento; Alves e Mattos (2014) afirmam que a comunicação é a base do relacionamento entre seres humanos e que isso se traduz na exigência para que a equipe de enfermagem tenha um bom preparo nesse aspecto, pelo fato de que muitas vezes a situação já preocupante para o paciente e a família.

Para Leite e Vila (2015), é normal que a família tenha necessidade e desejo de saber sobre o estado de saúde do paciente, pois, mesmo que não entendam muita coisa, estas informações lhe proporcionam alívio, melhoram a qualidade do relacionamento estabelecido com a equipe e tornam a internação menos sofrida.

Para Corbani; Bretas e Matheus (2009), os enfermeiros são uns dos profissionais que melhor e mais vezes se comunicam com os pacientes, pois cada vez mais os pacientes também parecem ter mais facilidade de comunicação com eles.

Conforme Nascimento; Alves e Mattos (2014), pensar, criar e agir é uma atitude relevante na construção de um relacionamento entre a equipe de enfermagem e o paciente porque a maior dificuldade no relacionamento com os pacientes hospitalizados encontra-se no comportamento do próprio profissional, que por vezes, deixa de lado o contato mais profundo com o paciente e opta por ter um olhar mais técnico e um contato mais superficial.

Para Rocha; Santos e Almeida (2012), uma boa relação com o usuário é indispensável ao profissional de enfermagem que deseja humanizar sua assistência, e ao estabelecer o processo de comunicação, o enfermeiro tem a possibilidade de

identificar as necessidades dos clientes, oferecer as informações desejadas, promover educação em saúde e facilitar a interação com outros pacientes/familiares e com a equipe multiprofissional para o compartilhamento de experiências.

Casate e Correa (2013) afirmam que a atenção é o elo da tríade enfermeiro-paciente-família, sua ausência é a principal dificuldade do processo de humanização do cuidado, por outro lado, seu sucesso traduz-se em sentimentos de segurança, confiança e conforto para pacientes e familiares.

De acordo com Costa; Figueiredo e Schaurich (2009), lidar com limites entre a vida e a morte, a tensão, o desconhecimento, o medo e o desespero, seja como paciente, familiar ou mesmo profissional, demanda mais que tecnologias avançadas, medicamentos de última geração e recursos humanos tecnicamente capacitados, demanda atenção, carinho, compreensão, diálogo, conforto, compromisso e respeito com a vida e com aqueles que a perdem, bem como com aqueles que perderam ou estão perdendo seus entes queridos.

Para Macena; Zeferino e Almeida (2014), estabelecer uma relação de confiança auxilia na identificação das reais necessidades dos familiares, ajudando-os a compreender, aceitar, e enfrentar a realidade, beneficiando todos os sujeitos dessa relação. No mesmo sentido, Pontes; Leitão e Ramos (2008) afirmam que ouvir, conversar e se relacionar com pacientes e familiares é uma forma de humanizar a assistência e pode contribuir para um atendimento mais humano, que gere segurança e conforto e reduza a ansiedade e o medo do desconhecido.

Na mesma direção dos dados obtidos acerca da empatia com os familiares e o paciente, Rodrigues (2011) afirma que a empatia é um requisito importante no atendimento da família e do paciente internado, pois exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro faz com que o indivíduo possa pensar na forma como vai conduzir determinada situação, sempre primando pela necessidade de afastar ou amenizar as preocupações de paciente e da família.

Nascimento; Alves e Mattos (2014) ressaltam que a empatia não é por si só, uma virtude que cure, não faz milagres e não soluciona problemas por magia, mas pode, no entanto, fazer com que o paciente se sinta acolhido em face de um problema, pois quando há empatia, são gerados na família e no paciente hospitalizado, resultados positivos.

Para Martins (2003), o bem estar e o conforto que a família e o paciente sentem com o apoio que recebem da equipe de enfermagem, podem ser entendidos

como possibilidades que a equipe, o paciente e a família encontram para canalizar energias para a solução dos conflitos e problemas que podem ocorrer durante o período de internação.

Rocha; Santos e Almeida (2012) entendem que é natural que o indivíduo tenha necessidade de ser escutado porque todo ser humano tem necessidade de se comunicar, e negar a necessidade que os familiares e os pacientes hospitalizados têm de serem escutados, é o mesmo que negar a essência da prática de enfermagem, porque a comunicação é a base para a ajuda.

4.4 AÇÕES HUMANIZADAS PRATICADAS PELOS SUJEITOS

A última parte do questionário abordou a humanização de uma forma mais pessoal, relacionada a se o sujeito se considera um profissional que exerce a enfermagem de forma humanizada e como é sua conduta na admissão do indivíduo que pode ser caracterizada como humanizada.

Ao serem questionados se os sujeitos se consideravam profissionais que exerciam a enfermagem de forma humanizada, 100% responderam que sim. Esse dado nos remete aos estudos de Oliveira *et al.* (2009), que afirmam que os profissionais têm reconhecido a influência positiva que a humanização exerce tanto na sua vida profissional quanto no quadro clínico do paciente, e que muitos ressaltam que os reflexos da sua adoção harmonizam a tríade paciente-família-enfermeiro, proporcionam o bem estar do paciente e principalmente, fazem com que o proporcional se sinta bem ao fazer uma autorreflexão.

Nesse mesmo sentido, Gonçalves e Sena (2013) afirmam que os profissionais de enfermagem entendem que humanizar vai além do atendimento fraterno e humano, significa aperfeiçoar os conhecimentos continuamente e valorizar todos os elementos implicados no evento assistencial e que valorizar o outro melhora a relação entre pessoas em geral.

Mancia; Cabral e Koerich (2014) ressaltam que o profissional que se considera humano deve guardar algumas características como: o interesse e competência na profissão, o diálogo entre o profissional e o usuário e/ou seus familiares, o favorecimento de facilidades para que a vida da pessoa e/ou de seus familiares seja melhor, evitar aborrecimentos e constrangimentos, respeitar aos horários de atendimento e outras.

Macena; Zeferino e Almeida (2014) declaram que para exigir que os profissionais da saúde sejam mais humanos, deve-se buscar antes, na sociedade, as raízes da desumanização dos contatos interpessoais e entender que a humanização da instituição da saúde deve passar, obrigatoriamente, pela humanização maior e condicionante de toda a sociedade.

No que tange à forma como o profissional exerce a humanização em relação ao paciente, as condutas mais representativas foram: orientar o paciente na preparação para a cirurgia (100%); escutar o paciente e tentar sanar suas dúvidas (80%); prestar esclarecimentos quanto aos fatores de risco e os cuidados pós-cirúrgico (80%); demonstrar simpatia e interagir com o paciente (40%), conforme demonstrado no gráfico 06.

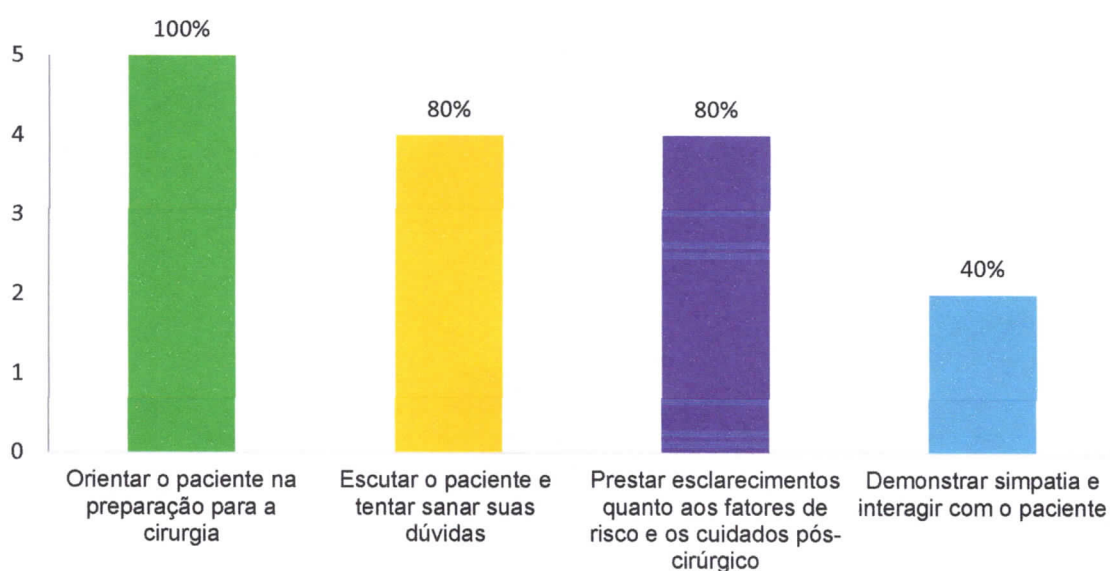


Gráfico 05 - Condução humanizada do enfermeiro na admissão do paciente.

De acordo com Kruse *et al.* (2009), tradicionalmente, a orientação no momento pré-operatório é semelhante a todos, independentemente do paciente ou da cirurgia que será realizada. Grittem; Méier, Gaievicz (2016) esclarecem o fato de não haver treinamento específico isso pode influenciar no modo como os profissionais fazem essa orientação, mas que isso não representa um motivo para que não o façam, pois reconhecem a importância desse momento, principalmente para o paciente, que precisa de esclarecimentos para se sentir mais seguro.

Silva e Nakata (2015) citam que alguns fatores como a ansiedade e o nervosismo no momento pré-operatório pode ser um fator que dificulta a compreensão das informações, por isso, é necessário que o profissional seja paciente e compreensivo a ponto de dar uma orientação orientações deveriam ser fornecidas com uma linguagem simples e de maneira objetiva para facilitar a compreensão dos pacientes.

De acordo com os estudos de Fonseca e Peniche (2009), os pacientes afirmam que as orientações dos enfermeiros lhes auxiliaram a enfrentar a cirurgia e ressaltam que os pacientes consideram importante saber o que está acontecendo e isso mostra que, de certa forma, o indivíduo tenta exercer um controle sobre o ambiente onde se insere, buscando dessa forma superar o problema e reduzir a ansiedade.

Para Matal e Napoleão (2010), estar aberto ao contato com o paciente é fundamental, pois mesmo já tendo recebido informações, alguns pacientes ainda permanecem com muitas dúvidas e preocupações com relação à dor, prognóstico, morte, família, emprego, entre outros. Kruse *et. al* (2009) reiteram que essas informações são importantes porque, não só fornecem informações específicas sobre o que se deve esperar durante todo período transoperatório, mas também influenciam nas atitudes e comportamentos dos pacientes em relação ao seu autocuidado no pós-operatório, permitindo que ele se sinta incluído no seu processo de recuperação.

Giron e Berardinelli (2015) afirmam que o cuidado do enfermeiro em se manter disponível, presente e solidário, ajudar o paciente a melhorar sua capacidade de enfrentar momentos difíceis como o procedimento cirúrgico. Goulart e Chiari (2010) ressaltam que a presença, o ato de estar ali, pronta e abertamente, os gestos, o toque e a própria expressão facial transmitem calor humano. Também sobre esse aspecto, Matal e Napoleão (2010) afirmam que ao demonstrar sensibilidade, o enfermeiro permite que o paciente expresse seus sentimentos, suas angústias, assegurando o conforto da presença humana.

De acordo com Oriá; Moraes e Vitor (2011) o paciente que entende sua cirurgia tem maior facilidade para aceitar as mudanças em seu corpo, desse modo, quando a orientação pré-operatória é mais participativa, considerando os receios e dúvidas do paciente, o pós-operatório é mais tranquilo.

Assim, Toledo *et al.* (2010) considera importante que o paciente receba informações de acordo com suas expectativas, pois o paciente que é bem instruído no momento pré-operatório percebe o pós-operatório como não perturbador, lembrando das orientações recebidas e associando com o momento vivenciado.

5 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou entender qual o papel da humanização no relacionamento entre o enfermeiro e o paciente do centro cirúrgico no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, bem como, conhecer a forma como os enfermeiros entendem a humanização, as dificuldades encontradas para prestar uma assistência humanizada, as formas como os profissionais podem ser capacitados para melhorar o atendimento humanizado e identificar as características pessoais e profissionais que contribuem para o exercício da humanização no HMI.

A humanização da assistência é percebida pelos enfermeiros como a promoção de um cuidado que vai além do cuidado físico e procedimental, abrangendo uma atenção aos sentimentos e a singularidade do paciente. Por outro lado, a rotina de trabalho intensa, o costume com a profissão, a complexidade do centro cirúrgico, a falta de respeito com o profissional e a fragmentação das funções são algumas das condições evidenciadas que dificultam uma assistência humanizada.

Para promover a humanização os enfermeiros acreditam que é preciso promover palestras educativas, conversas individuais, distribuir manuais de humanização e fornecer orientações referentes à humanização. Em relação as características do profissional que contribuem para a humanização, foram destacadas a pratica do cuidado holístico, o cuidado em oferecer as informações necessárias à família e ao paciente, ser atencioso, carinhoso e paciente e ter empatia com eles.

Vale ressaltar que a efetivação da humanização, faz-se necessário uma formação acadêmico-profissional em que os princípios da Política Nacional de Humanização sejam mais abordados. Também é essencial o apoio e aderência dos gestores públicos e privados das instituições ligadas ao setor saúde a fim de melhorar as condições de trabalhos dos enfermeiros

Com essa pesquisa, espera-se contribuir para outros estudos e incentivar a busca de conhecimento acerca da humanização, que é um tema extremamente importante para o bom funcionamento das unidades hospitalares e principalmente para o relacionamento entre quem cuida e quem está sendo cuidado.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Z. T. M. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 14, n. 86, p. 112-15, 2011.
- ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e Humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 19-23, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 549-60, 2015.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. FILHO. A humanização hospitalar como expressão. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 13-15, 2006.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p.132-5, 2016.
- BARBOSA, A. C., TERRA, F. S., CARVALHO, J. B. V. Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente Peri operatório em um hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 8-9, 2014.
- BECK, C. L. C; LISBÔA, R. L.; TAVARES, J. P.; SILVA, R. M.; PRESTES, F. C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 54-61, 2009.
- BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 07, n. 01, p. 118-127, 2005.
- BENEDET, S. A. **Cliente cirúrgico**: ampliando a sua compreensão. Dissertação de mestrado. Faculdade de Enfermagem. Santa Catarina. UFSC. 2002.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-94, 2005.

BERTOLLI-FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Ática, 2010.

BIANCHI, E. R. F; LEITE, R. C. B. O. O Enfermeiro de centro cirúrgico e suas perspectivas futuras - uma reflexão. **Rev. SOBEC.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 24-27, 2006.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1439-54, 2009.

BLAINEY, G. **Uma breve história do mundo**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fundamento, 2007.

BOEMER, M.R.; ROSSI, L. R.; NASTARI, R. R. A ideia de morte em unidade de terapia intensiva - análise de depoimentos. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 8-14. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição federal**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 122 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. 31 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1990c. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 3 ed. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de ações programáticas estratégicas**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Gestão do SUS**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 45 p.

CALLEGARO, G. D.; BAGGIO, M. A.; NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado Peri operatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rene**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 132-42, 2010.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 1 ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CASATE J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-26, 2012

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-8, 2013.

CASTELLANOS, B. E. P.; JOUGLAS, V. M. G. Assistência de Enfermagem Peri operatória: um Modelo Conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 359-70, 1990.

CHERNICHARO I. M.; SILVA F. D.; FERREIRA M. A. Caracterização do termo humanização na assistência profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-62, 2014.

CHRISTÓFORO, B. B. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório**. Paraná. 112 f. 2006. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado). Universidade Federal do Paraná. 2006.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. F. **Manual de Enfermagem em Pediatria**. 2 ed. Goiânia: AB, 2010.

COMPARATO, F. K. **A afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Vivens, 2003.

CORBANI, N. M. S.; BRETAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Cuiabá, v. 62, n. 3, p. 349-54. 2009.

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.

COSTA, W. S. Humanização, Relacionamento Interpessoal e Ética. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.11, n. 1, p.17-21, 2004.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.120-5, 2009.

DALLARI, D. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Moderna, 1998.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Em busca de qualidade**. França: Sage, 2005.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-92, 2010.

FERREIRA, H. M. G. **Conflito Interpessoal entre Equipes de Trabalho**: o papel do líder como gerente das emoções do grupo. Volta Redonda: UniFOA., 2010.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, Brasília, v. 14, n. 3, p: 111-8, 2015.

FIGUEIREDO, N. M.; LEITE, J. L.; MACHADO, W. C. A. **Centro Cirúrgico**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. 1 ed. São Paulo: Yendis, 2009.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 1 ed. Fortaleza: UEC, 2002.

FONSECA, R. M. P, PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do sistema de assistência de enfermagem Peri operatória. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.428-33, 2009.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L.; GOMES, A. M. T. As Relações Interpessoais no Cuidado em Saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.124-7, 2012.

FREITAS, F. D. S.; SILVA, R. N.; ARAUJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Ambiente e humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 654-60, 2013.

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

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1 ed. Rio Grande do Sul: Atlas, 2009.

GIRON, M. N.; BERARDINELLI, L. M. M.; ESPÍRITO SANTO, F. E. E. O acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a política nacional de humanização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 766-71, 2013.

GIRON, M. N; BERARDINELLI, L. M. M. O conhecimento em enfermagem sobre a humanização do usuário no centro cirúrgico: Revisão integrativa. **Rev. Enfermagem**, Pernambuco, v. 16, n. 1, p. 46-53, 2015.

GOMES, M. C. S. M. A. **Organização e Gestão do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. Assistir/cuidar na enfermagem. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 2-7, 2013.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, p. 255-268.

GRITTEM, L.; MÉIER, M. J.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital ensino. **Cogitare Enferm.**, Cuiabá, v. 11, n. 3, p. 245-51, 2016.

HAYATI, D; KARAMI, E.; SLEE, B. **Combinação de qualidade**. 1 ed. Espanha: springer, 2006.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v. 13, n. 1, p. 493-502, 2009.

HENRIQUES, F. V. **Direito Prestacional à Saúde e Atuação Jurisdicional**. In: SOUZA-NETO, C. P.; SARMENTO, D. Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie, Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2008, p. 830.

HUMENHUK, H. O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais. **Rev. Bras. Enfermagem**, Teresina, v. 9, n. 227, p. 20-2, 2004.

IBGE. Censo Demográfico. **Cidade**: Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JOUCLAS, V. M. G. Considerações sobre o planejamento de recursos humanos em enfermagem em centro cirúrgico. **Enfoque**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 18-22, 1991.

KIKUTI, E. S.; TURRINI, R. N. T. Humanização do cuidado em centro cirúrgico: revisão da literatura Latino Americana 1990-2000. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 20, n. 3, p. 21-29, 2005.

KUMAGAI, C. E.; MARTA, T. N. Princípio da dignidade da pessoa humana. **Rev. Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 77, p. 11-8, 2010.

LAZZARI, D. D.; JACOBS, L. G.; JUNG, W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Rev. enferm.**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 116-24, 2012.

LEITE, R. C. B. O. **Assistência de enfermagem Peri operatória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LEITE, T. A. A. F.; STRONG, M. I. A visão holística e a humanização hospitalar. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-214, 2016.

MACENA, M. D. A.; ZEFERINO, M. G. M.; ALMEIDA, D. A. Assistência do Enfermeiro aos pacientes em recuperação Pós Cirúrgica: cuidados imediatos. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**. v. 4, n. 1, p 55-62, 2014.

MACHADO, D. H. G.; MATEUS, E. N. Breve reflexão sobre a saúde como direito fundamental. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 83, 2010.

MAGALHAES, J. L. Q. **A Nova Democracia e os Direitos Fundamentais**. v. 49, n. 188, p. 183–198, 2005.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto de enfermagem e saúde. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 57, n. 5, p. 605 - 610. 2014.

MANZATO, A. J; SANTOS, A.B. **A Elaboração de Questionários na Pesquisa Quantitativa**. Departamento de Ciência de Computação e Estatística- IBILCE-UNERC. v. 33, n. 1, p. 75-84, 2008.

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999

MARTINS, C.F.N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.

MARTINS, P.H. **Contra a Desumanização da Medicina**. São Paulo: Vozes, 2003.

MATAI, L. R. F.; NAPOLEÃO, A. A. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo. v. 23, n.4, p. 45-50. 2010.

MATOS, F. G. O. A; PICCOLI M. Diagnóstico de enfermagem: risco para lesão Peri operatória por posicionamento identificado no período transoperatório. **Ciênc Cuid Saúde**. v. 3, n. 2, p. 195- 201. 2004.

MEDINA, R. F; BACKES, V. M. S. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 522-7. 2012.

MENDONÇA, E. T.; LOPES, J. M.; RIBEIRO, L.; SÁ, F. B. B.; OLIVEIRA, D. M.; SALGADO, P. O. Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 6, n. 3, p. 389-97, 2016.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 16, n. 114, 2013.

NASCIMENTO, H. M.; ALVES, MATTOS, J. S.; DIAS, L. A. **Humanização no acolhimento da família dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva**. Monografia. UNISALESIANO, Lins-SP. 2014.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. Cadernos de Pesquisas em Administração, v. 1, n.3, 2º sem., 1996.

OLIVEIRA, A. A. **Humanização na Saúde: Hospital Regional de Assis**. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem). Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA. Assis, 2010.

OLIVEIRA, M. A. N. A humanização no gerenciamento de novas tecnologias por enfermeiras de centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, v. 10, n. 4, p.8-12. 2015.

ORIÁ, M. O. B., MORAES, L. M. P, VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletronica de Enfermagem**. v. 6, n. 2. p. 92-97. 2011.

PACHECO, A. F.; SAUTHIER, M.; FERREIRA, M. A. Representações sociais dos usuários hospitalizados sobre cidadania: implicações para o cuidado hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 625-632, 2016.

PAFARO, R. C; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrico de Campinas. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-60. 2014.

PENICHE, A. C. G.; CHAVES, E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a na sociedade. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 45-50, 2008.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 2, n.1, p. 23-6, jun. 2008.

POTT, F. S. Medidas de Conforto e Comunicação nas Ações de Cuidado de Enfermagem ao Paciente Crítico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66 n.2, mar - abr. 2013.

PREVIAT, A. R. Tempos Pós-Modernos: o legado de Charlie Chaplin. **Rev. Acd Multidisciplinar**, Universidade Estadual de Maringá, v.1, n 1, 2001.

RAMOS, M. C. S. O Direito Fundamental à Saúde na Perspectiva da Constituição Federal1: uma análise comparada. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 1, p. 53-92, 2010.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde soc.** [online]., v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização da saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2012.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 2, p. 277-290, 2012.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 3ª edição, 1999.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro. v. 33 n. 2, p. 592-99 2009.

ROCHA JR, J. R.; SANTOS, S. J; ALMEIDA, S. A. A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva (UTI). **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits.**, Maceió, v. 1, n.1, p. 11-16, nov. 2012.

RUEDEL, L. M., BECK, C. L. C., SILVA, R. M., PROCHNOW, A., PRESTES, F. C., LISBOA, R. L. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares e unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico. **Cogitare Enferm.**; v. 15, n. 1, p. 147-52. 2010.

SAMPAIO, J. A. L. **Direitos fundamentais: retórica e historicidade**. Belo Horizonte: Del Rey. 2004.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p.35, p.36, p.42. 2006.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 1, p. 1487-94. 2004.

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

SERRANO, M. A. M. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. São Paulo: Editora Verbatim, 2012.

SHIRATORI, K.; COSTA, T. L.; FORMOZO, G. A., SILVA, S. A. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 617-9, 2004.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 3, p. 427-34. 2010.

SILVA, T. A.; CARVALHO, K. K. S. **A importância da Política Nacional de Humanização para a qualidade do sistema público de saúde brasileiro**. Brasília. DF. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Católica de Brasília. 2010.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n. 6, p. 673-75. 2015.

SILVEIRA, M. F. A.; ARAÚJO, D. V.; SILVA, I. C.; FÉLIX, L. G. Formação de profissionais: um desafio contemporâneo para o Programa Saúde da Família. **Revista Nursing.**, São Paulo. v. 7, n. 73, p. 42-6, 2014.

SOARES, N. V.; LUNARDI, V. L. Desrespeito aos direitos dos trabalhadores e, conseqüentemente, aos direitos do cliente. **Texto Contexto Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 436-46. 2010.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico. **Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. Práticas recomendadas. São Paulo: SOBECC, 2000.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Práticas recomendadas: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização**. 5 ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização**. Práticas Recomendadas. São Paulo: Manole, 2013.

SOUZA, R. B; SILVA, M. J. P; NORI, A. Pronto – Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e paciente. **Revista gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n 2, p. 242. 2010.

THOFEHRN, M. B. **Vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem** [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

TOLEDO, C. C.; GUIMARÃES, R. L.; CAMILO, G. B.; MORAES, F. R. Qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev APS.**, v. 13, n. 2, p. 202-9. 2010.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n. 2, p.137-144, 2002.

VILLEGAS, C. A. O papel do enfermeiro em hospitais de Urgência/Emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2010.

WALDOW, V. R.; FENSTERSEIFER, M. Saberes da enfermagem: a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. **Revista Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p 629-32, 2011.

WEICHERT, M. A. **O Direito à Saúde**. Campinas: Saberes, 2010.

ANEXO

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A Sr^a. Está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado **Análise da Assistência Humanizada do Enfermeiro do Centro Cirúrgico do Hospital Municipal de Itaituba-PA**. Objetivo: Analisar a importância do Enfermeiro na humanização da assistência prestada ao paciente no Centro Cirúrgico no Hospital Municipal de Itaituba, Pará. Esta pesquisa é uma contribuição para avaliar e melhorar as ações relacionadas à assistência humanizada no Centro Cirúrgico.

Para realizar o estudo será necessário que a Sr^a. se disponibilize a responder um questionário, os riscos de sua participação nesta pesquisa não existem, visto que serão coletadas somente informações, as informações serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade.

A Sr^a. terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcial, ou dela retirar-se a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo, ressaltando que a privacidade de seus conteúdos e a guarda dos documentos estão de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para qualquer esclarecimento sobre sua participação, eu LUDIMILA FERNANDES DOS SANTOS (93) 992073703 e o meu orientador CLEIDSON COLARES BATISTA (93) 99172-5712 estaremos disponíveis, desde já agradecemos.

Eu _____ (Nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada **Análise da Assistência Humanizada do Enfermeiro do Centro Cirúrgico do Hospital Municipal de Itaituba-PA**.

Itaituba, Pará, ____ de _____ de 2017.

____ Pesquisadora
CPF: 012626052-45

Participante
CPF:

APENDICE

Questionário utilizado para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO

Identificação: ENF. 1 Idade: _____ Local: Centro Cirúrgico HMI.

1 - Estado Civil:☐ Solteira (o) ☐ Casada (o) ☐ União Estável ☐ Separada (o) ☐ Viúva (o)**2. Quanto tempo de formado?**☐ menos de 1 ano; ☐ 1 a 3 anos; ☐ 4 a 6 anos; ☐ 7 a 10 anos; ☐ + de 10 anos.**3. Você tem Especialização?**☐ sim ☐ não**4. Você tem Especialização em Centro Cirúrgico?**☐ sim ☐ não**5. Fez curso de capacitação para trabalhar no Centro Cirúrgico?**☐ sim ☐ não**6. Quanto tempo trabalha no Centro Cirúrgico do HMI?**☐ menos de 1 ano; ☐ 1 a 3 anos; ☐ 4 a 6 anos; ☐ 7 a 10 anos; ☐ + de 10 anos.**7. Durante a sua formação foi estudado a Política de Humanização ou conteúdo sobre Humanização?**☐ Sim, de forma integral ☐ Sim, superficialmente ☐ Não**8. Durante o período de atuação no CC já estudou a Política de Humanização ou conteúdo sobre Humanização?**☐ Sim ☐ Não**9. No seu ponto de vista, quais as principais ações institucionais para que os enfermeiros se atualizem acerca da humanização?**☐ Palestra educativas☐ Conversas individuais☐ Manual de humanização☐ Orienta os enfermeiros quanto condutas humanizadas☐ Somente condutas de rotina. Quais? _____**10. Em sua opinião quais as principais causas da falta de humanização no centro cirúrgico?**☐ Rotina intensa☐ Falta de respeito com os profissionais☐ Complexidade do ambiente de trabalho

- ☐ "Costume" com a profissão
- ☐ Falta de respeito com o profissional
- ☐ Divisão de funções
- ☐ Outras Quais? _____

11. Em sua opinião quais são as principais características pessoais e profissionais de um (a) enfermeiro (a) para o exercício de uma prática humanizada no cuidado ao paciente?

- ☐ praticar o cuidado holístico
- ☐ oferecer as informações necessárias à família e ao paciente
- ☐ ser atencioso, carinhoso e paciente
- ☐ ter empatia com o paciente e os familiares
- ☐ Outras: _____

12. Você se considera um profissional que exerce a enfermagem de uma forma humanizada?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ As vezes ☐ Quase sempre ☐ Quase nunca

13. Qual sua conduta na admissão relacionada à humanização ao paciente?

- ☐ orientar o paciente na preparação para a cirurgia
- ☐ escutar o paciente e tentar sanar suas dúvidas
- ☐ prestar esclarecimentos quanto aos fatores de risco e os cuidados pós-cirúrgico
- ☐ demonstrar simpatia e interagir com o paciente
- ☐ Outras: _____

Itaituba, ____ de _____ 2017.

Muito obrigado!