

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

FRANCISCA ZILDIAN DE QUEIROZ

**OPERANDO O CUIDADO: A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DA
ENFERMAGEM CIRÚRGICA SOB A VISÃO DO USUÁRIO**

MOSSORÓ
2017

FRANCISCA ZILDIAN DE QUEIROZ

**OPERANDO O CUIDADO: A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DA
ENFERMAGEM CIRÚRGICA SOB A VISÃO DO USUÁRIO**

Monografia apresentada à Banca Examinadora na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR(A): PROF. ESP. LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS

MOSSORÓ
2017

FRANCISCA ZILDIAN DE QUEIROZ

**OPERANDO O CUIDADO: A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DA
ENFERMAGEM CIRÚRGICA SOB A VISÃO DO USUÁRIO**

Monografia apresentada pela aluna Francisca Zildian de Queiroz, do curso de Bacharelado em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Prof. Esp. Joseline Pereira de Lima (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Ma. Sarah Azevedo Rodrigues Cabral (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico,

Ao meu Deus por ter me dado saúde e força por superar as dificuldades.

A minha orientadora, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me ouviu nos momentos difíceis, me confortou e me deu forças para chegar onde eu estou.

Agradeço também aos meus pais que, não só neste momento, mas em toda minha vida estiveram comigo, ao meu lado, apoiando em todos os momentos.

Agradeço a Deus pelos meus filhos, o meu orgulho, a razão da minha vida e do grande amor que carrego no coração, minha esperança e meus sonhos do futuro. Só tenho a agradecer por essas bênçãos em minha vida, e sempre estão do meu lado dando apoio para chegar até aqui.

Agradeço a Dona Rita, que me ensinou a ser uma mulher de força e um ser humano íntegro, com caráter, coragem e dignidade para enfrentar a vida, porém sempre indicando o caminho correto.

Agradeço muito a minha querida orientadora Prof. Esp. Livia Helena Moraes de Freitas. Obrigada por tornar isso tudo possível! Levo comigo teu exemplo como profissional e, principalmente, como pessoa sincera, companheira e de um coração sem tamanho.

Agradeço as minhas irmãs e irmãos, amigos de todas as horas, sou grata pelo carinho e palavras de incentivo, e forças nos momentos de angústia e de alegria.

À minha banca maravilhosa, na qual participam Sarah Azevedo Rodrigues Cabral e em especial a Joseline Pereira de Lima que me incentivou a ingressar nessa profissão tão linda que estou amando: duas profissionais maravilhosas e confiáveis. Devo muito a vocês. Cada palavra dita na defesa do projeto. Aprendi muito com vocês, ficando aqui meus singelos agradecimentos.

Agradeço às queridas irmãs que Deus me presenteou e vou levar pra sempre comigo “O quarteto fantástico” Eu, Paula, Nailma e Raika. Obrigada pelos ensinamentos e aprendizados, com vocês eu amadureci, sem esquecer o valor das conversas, os momentos de descontração, agradeço pelos momentos tristes e alegres que passamos juntas, só serviu para nossa evolução e cada vez mais aproximação umas das outras, que nossa amizade perdure para sempre, amo vocês.

O poder de um ser humano não está na sua musculatura, mas na sua inteligência. Os fracos usam a força, os fortes usam a sabedoria ([Augusto Cury](#)).

RESUMO

O cuidado humanizado implica no saber cuidar de forma empática. A enfermagem em centro cirúrgico (CC) é responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização do procedimento. A qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente em todo o processo perioperatório interfere nos resultados do procedimento realizado. O objetivo deste estudo foi analisar a humanização da assistência em enfermagem cirúrgica, a partir da percepção dos usuários de um hospital público no município de Mossoró/RN. Para tanto, foi caracterizado o perfil social dos entrevistados; averiguado o conhecimento destes acerca de humanização; avaliado o nível de satisfação dos usuários quanto ao atendimento prestado que lhes foi dedicado no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica e realizou-se a observação de como se encontra o cenário da assistência em enfermagem cirúrgica no tocante à humanização na instituição pesquisada. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. Foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM). A população foi formada por usuários internados na Clínica Cirúrgica, em fase pós-operatória, representados por uma amostra de 30 entrevistados. A coleta de dados foi proporcionada por uma entrevista semi estruturada e utilizada a Escala de Likert. Após aprovação feita pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE, sob o número de protocolo 95/2016 e CAAE: 58687016.4.0000.5179. Detectou-se um tímido conhecimento dos entrevistados acerca do termo humanização, porém a maioria demonstrou-se satisfeitos com o tratamento recebido. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e mantidos seus anonimatos, de acordo com os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e os aspectos éticos contemplados na Resolução do COFEN 311/2007. Mensuraram-se os dados qualitativos através da Análise de conteúdo de Bardin e os quantitativos trabalhados estatisticamente pelas informações fornecidas pela escala de Likert. O perfil sócio demográfico dos entrevistados caracterizou-se como 56,6% do sexo feminino e 43,3% masculino, 50% apontaram os estados civis como casados, 33,3% solteiros e 16,6 outros. Viu-se que 76,6% possuíam apenas o ensino fundamental e 23,3% o ensino médio. Considera-se que a humanização é um tema atemporal e que necessita ser revisto e discutido com frequência tanto no meio acadêmico quanto nos serviços de saúde. Percebeu-se que valores como a ética, respeito e carinho são sentimentos que deixam o paciente tranquilo e seguro frente ao tratamento e prognóstico. Visualiza-se grande relevância neste estudo para a sociedade, para a enfermagem e para o meio acadêmico, servindo de base para futuras pesquisas.

Palavras - Chave: Humanização da Assistência. Enfermagem. Centro Cirúrgico. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

The humanized care implies the lore of caring in an empathic way. The Surgery Center Nursing (SCN) is responsible for a clean, comfortable and safe environment procedure accomplishment. The quality of nursing assistance offered to the patient throughout all the perioperative process interferes with the results of the procedure. The aim of this study was to analyze the humanization in surgery nursing assistance, from users' view of a public hospital in Mossoró City. Thereunto, we set the social profile of the interviewees, checking what they know about the humanization, measuring the level of satisfaction of users regarding the treatment that was offered in the Surgery Center and Surgery Clinic. We also observed what surgery nursing assistance is like when it comes to the humanization of the studied institution. This research is descriptive and exploratory, with a quantitative-qualitative approach, which took place at Tarcísio de Vasconcelos Maia Hospital. The population was made by interneers on the Surgery Clinic, on postoperative phase, represented by a sample of 30 people. The data collection was made through a semi-structured interview and the Likert Scale was used. After being accepted by the Ethics and Research Committee of FACENE under the protocol number 95/2016 and CAAE: 58687016.4.0000.5179. The interviewees seemed to not know much about the meaning of humanization, however, most of them said they were satisfied with the treatment. The participants were explained about the research, their information were kept anonymous, according to the ethics rules of the Resolution 466/12 of the National Health Council, and the ethics aspects found on the Resolution of COFEN 311/2007. The qualitative data were measured through Bardin's content analysis and the quantitative ones statistically processed by using the information from Likert Scale. The socio demographic profile of the interviewees were 56.6% female and 43.3% male; 50% of them stated to be married; 33.3% single and 16.6% others. 76.6% of them had only secondary school and 23.3% high school. It is considered that humanization is a timeless theme and that it needs to be reviewed and discussed often, in both academic and health service environment. We have noticed that values like ethics, respect and care are feelings that make patients calm and safe about the treatment and the prognosis. This study is very relevant for society, nursing and academia, serving as a basis for future researches.

Key words: Humanization of Assistance. Nursing. Surgery Center. Perioperative Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	36
Tabela 2 - Valores de frequência obtidos acerca do nível de concordância. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos valores acerca da afirmação “Recebi informações necessárias sobre a minha cirurgia pela equipe de enfermagem”. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	43
Gráfico 2. A equipe de enfermagem do centro cirúrgico me proporcionou um bom acolhimento. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	44
Gráfico 3. Fui bem orientado e me senti seguro durante a cirurgia. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	45
Gráfico 4. A enfermagem me recebeu bem na clinica cirúrgica. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	46
Gráfico 5. Senti que fui atendido e ouvido sempre que precisei. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	47
Gráfico 6. Fui tratado por todos com cordialidade. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	48
Gráfico 7. A equipe de enfermagem está sempre atenta ao meu conforto e bem estar. Mossoró/RN. Brasil, 2016.....	49
Gráfico 8. As condições ambientais favorecem ao meu tratamento. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	50
Gráfico 9. A instituição facilita o acesso a meus familiares e amigos, de acordo com, as normas de visitas. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	51
Gráfico 10. Estou satisfeito quanto ao tratamento de enfermagem que recebi. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	13
1.2 HIPÓTESES.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Objetivo geral.....	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 HUMANIZAÇÃO.....	17
2.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DOS TEMPOS	19
2.3 ENFERMAGEM CIRÚRGICA E HUMANIZAÇÃO.....	22
2.4 O USUÁRIO SUBMETIDO A UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E SUA TOTALIDADE: UMA VISÃO INTEGRAL.....	25
2.5 HUMANIZAÇÃO: TEORIA X PRÁTICA.....	28
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	31
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	31
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	33
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	34
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
3.8 FINANCIAMENTO.....	38
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA CLÍNICA CIRÚRGICA.....	36
4.2 DEFINIÇÃO DE HUMANIZAÇÃO PELOS USUÁRIOS.....	37
4.3 HUMANIZAÇÃO VIVENCIADA NA VISÃO DOS USUÁRIOS.....	39

4.4 PROPOSTAS DOS USUÁRIOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS.....	40
4.5 NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS MENSURADA CONFORME A APLICAÇÃO DA ESCALA DE LIKERT.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	59
ANEXOS.....	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A humanização tem seu fundamento no movimento de respeito e valorização da pessoa humana, sendo parte de um processo de transformação de uma cultura de conduta institucional, baseada na construção coletiva dos compromissos éticos que atravessarão as ações de atenção à saúde e a gestão dos serviços (RIOS, 2009).

Goulart e Chiari (2010) defendem que “a humanização depende [...] de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados a defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso”. Visando esse objetivo, nota-se como salutar a organização de novas formas de vínculo entre equipes de saúde e usuários, apontando para uma lógica onde seria do entendimento geral dos profissionais a sua lida diária com pessoas e suas respectivas necessidades individuais, necessidades estas que resultam em implicações também diversas.

Posto dessa maneira, humanizar, não mais se refere ao absurdo da suposição de uma progressão na escala biológica ou antropológica na relação entre os homens. Ela tem sua face muito mais voltada para o reconhecimento da dimensão essencial da natureza humana, que é a base de todos os acordos de cooperação e participação popular, bem como do estabelecimento de diretrizes de uma conduta ético-profissional condizente com os valores humanos coletivamente pactuados na organização em sociedade (RIOS, 2009).

A relação entre a equipe de enfermagem e o paciente cirúrgico é de fundamental importância para a percepção e a experiência cirúrgica. A atmosfera que envolve o paciente no período perioperatório (pré, trans e pós-operatório) pode incluir sentimentos, como medo do desconhecido, da morte, comprometimento da relação do paciente com seus familiares, preocupação com o retorno ao trabalho, entre outros. A experiência cirúrgica é subjetiva e requer um cuidado humanizado, qualificado e seguro (OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012).

De acordo com Fonseca e Peniche (2009), após o procedimento anestésico-cirúrgico, o paciente necessita de avaliação e cuidados constantes da equipe de enfermagem em um ambiente integrado ao Centro Cirúrgico (CC) e que esteja preparado com os recursos necessários para qualquer intervenção, esse ambiente é a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).

O papel do enfermeiro no CC tem se tornado mais complexo a cada dia, na medida em que necessita integrar as atividades que abrangem a área técnica, administrativa,

assistencial, de ensino e pesquisa. Na integração destas atividades, nas quais os vários profissionais interagem sob vários aspectos salienta-se o relacionamento interpessoal, normalmente dificultado em unidade fechada, estressante e dinâmica como é o centro cirúrgico (FONSECA; PENICHE, 2009).

A assistência de enfermagem na fase perioperatória, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP), objetiva auxiliar o paciente e seus familiares na compreensão do processo saúde-doença, prepará-los para procedimentos anestésico-cirúrgicos, minimizar os riscos relacionados à terapêutica proposta e prever, prover e controlar os recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade apropriadas (BOHOMOL; MELO, 2016).

Segundo Silva e Alvim (2010), ao apontar o desconhecimento por parte do cliente sobre o ato cirúrgico-anestésico ao qual será submetido, evidencia-se que a Visita Pós Operatória (VPO) ou não é realizada pela enfermeira do Centro Cirúrgico, ou, pelo menos não ocorre de maneira que o cliente se sinta devidamente esclarecido sobre os seus questionamentos. Destaca-se que a falta de contato anterior da enfermeira com o cliente pode impedir o acesso às suas expectativas e necessidades e à percepção sobre o seu estado emocional, dificultando o planejamento adequado dos cuidados de enfermagem na sala de recepção pré-operatória, no trans e no pós-operatório imediato.

Esses cuidados que o enfermeiro tem que administrar no momento de agir com o paciente devem estar atrelados à própria personalidade do profissional, uma vez que as ações de humanização decorrem de sentimentos inerentes ao indivíduo que as praticam, sendo parte de uma estrutura que envolve sentimentos como o amor e confiança, proporcionando ao paciente não só assistência técnica, como também passando para ele uma sensação de afeto e carinho (SANTOS, 2013).

As enfermeiras responsáveis pelas salas de cirurgia circulam nestas para supervisionar os demais profissionais de enfermagem, realizar procedimento privativo, tomar conhecimento da demanda de determinada sala, material ou de pessoal, atendendo às solicitações necessárias ao prosseguimento das cirurgias (SILVA; ALVIM, 2010).

Ressalta-se que ter conhecimento sobre o procedimento ao qual será submetido e o porquê dele ser feito pode contribuir com a redução da ansiedade, insegurança e medo do cliente em relação ao ambiente cirúrgico. As especificidades inerentes à situação vivenciada pelo cliente podem lhe gerar além desses sentimentos, preocupações adicionais de diferentes ordens que podem advir do processo cirúrgico, mesmo quando não previstas, a exemplo de possíveis incapacidades, tanto do ponto de vista físico quanto do plano financeiro, ou social.

Esses aspectos guardam estreita relação com as condições e circunstâncias nas quais o processo cirúrgico se dá, se estético ou necessário; se fruto de uma emergência clínica; ou se planejado com o devido tempo (SILVA; ALVIM, 2010).

É notável que a família careça também de cuidados, como por exemplo, deixá-los informados sobre o tratamento do paciente, sobre as próximas decisões que devem ser tomadas de acordo com a sua neoplasia “para tanto, faz-se necessário que a equipe planeje suas ações para intervir junto aos familiares no sentido de assegurar o acompanhamento das necessidades por eles manifestadas” (MARANHÃO et al, 2011).

A enfermeira deve estar atenta à promoção de um ambiente tranquilo, livre de ruídos, tumultos e conversas paralelas. Afinal, embora as atividades de enfermagem de natureza instrumental sejam, por vezes, de maior visibilidade, como administração de medicamentos, curativos, cateterismo e outros procedimentos técnico-invasivos. O enfermeiro responsável pela ambientação do cliente no espaço hospitalar, objetivando a restauração da saúde desse indivíduo (SILVA; ALVIM, 2010).

Mediante as discussões instigadas, questiona-se: Como os usuários dos serviços hospitalares percebem a assistência da enfermagem cirúrgica na perspectiva da humanização?

O projeto foi desenvolvido visando aprofundar o conhecimento sobre humanização em Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica, quanto à assistência de enfermagem, utilizando-se da percepção do usuário sobre este conceito e a assistência recebida.

Busca-se compreender o significado do que a humanização representa para os usuários, de acordo com as práticas que a enfermagem utiliza para favorecer a humanização dos cuidados prestados.

O interesse acerca deste tema surgiu durante os estágios da disciplina de cirúrgica I e II, onde foi vista a necessidade de uma maior atenção para o atendimento dedicado ao usuário que se submete a um procedimento cirúrgico.

Diante da suma importância de se discutir acerca da humanização, almeja-se com esta pesquisa aglutinar conhecimento nessa área para profissionais, avaliar o nível de humanização dos hospitais, contribuindo para o meio acadêmico, incentivando pesquisas sobre o assunto, para continuar essa construção de saberes em humanização na enfermagem cirúrgica.

1.2 HIPÓTESE

O cuidado pode ser expresso de duas formas: como forma de sobrevivência ou como forma de carinho, onde há o interesse por outra pessoa e quando se deseja o bem estar do outro. Mas também ao bem estar emocional, gerado por segurança, confiança, comunicação e demonstrações de carinho (OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012).

Presume-se que a humanização necessita de um maior enfoque na rotina de cuidados prestados ao usuário no processo perioperatório.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a humanização da assistência em enfermagem Cirúrgica, a partir da percepção dos usuários de um hospital público no município de Mossoró/RN.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil social dos entrevistados.
- Averiguar o conhecimento dos usuários acerca de humanização.
- Avaliar o nível de satisfação dos usuários quanto ao atendimento prestado que lhes foi dedicado no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica.
- Observar como se encontra o cenário da assistência em enfermagem cirúrgica no tocante à humanização na instituição pesquisada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HUMANIZAÇÃO

Foi no seio do Império e a partir da religião judaica das colônias do Oriente Médio que nasceu o humanismo do Cristianismo primitivo, cuja concepção das virtudes que eram paradigma de humanidade (por imagem e semelhança com a divindade) teve influência incalculável na cultura ocidental. Apesar de sua fundamentação deísta, transcendente e ultraterrena, teológica e metafísica, com suas limitações moralizantes e piedosas, a ética e a organização social implícitas nesse Cristianismo primordial foram uma contribuição irreversível ao conceito de Humanidade e à prática da Humanização, matizados depois pela Reforma e a Contrarreforma (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2016).

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça das outras palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Segundo Duarte e Noro (2010), o processo de Humanização nas instituições de saúde surge na atualidade para que se possa repensar as práticas cotidianas de trabalho, reformulando o atendimento que se vem prestando aos usuários desses serviços. Nesse cenário, não é suficiente o hospital adquirir modernos equipamentos, dispor de estrutura moderna apropriada aos cuidados de saúde, se não estiver voltado para a satisfação das necessidades dos usuários e os trabalhadores que os atendem.

O termo humanização tem sido empregado mais constantemente nas últimas décadas, porém sua definição segue várias vertentes, uma vez que não há um consenso de sua utilização em nosso cotidiano. Observa-se, desta forma, diferentes compreensões na literatura acerca do conceito de humanização, assim pesquisar e analisar tais entendimentos são fundamentais para esclarecimento sobre as diferentes concepções do termo (SILVA; BESSA; LESSA, 2013).

Sendo assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da

autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2004).

Neulls (2013) relata que antes de iniciarmos a discussão sobre a Política Nacional de Humanização, e para que possamos entender as possibilidades de sua resolutividade no mundo do capital, é necessário que nos voltemos, primeiramente, ao estudo filosófico da categoria Humanização, para que compreendamos o processo no qual o homem se torna homem, ou melhor, processo em que a espécie humana torna-se gênero humano.

De acordo com Benevides (2005), no momento em que se assume a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde urge que o conceito de humanização seja reavaliado e criticado para que possa efetuar-se como mudança nos modelos de atenção e de gestão. Esta tarefa não é simples, já que o pensamento no século 20 foi fortemente marcado por uma crítica anti-humanista que deve agora ser retomada para que possamos nos reposicionar.

Segundo Campos (2005), a humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso.

A desumanização do homem, consequência da alienação do trabalho e estranhamento de si e dos demais homens só pode ser superada pela tomada de consciência do quão devastador é a lógica na qual estamos inseridos de acumulação do capital e defesa a propriedade privada. Apenas à medida que os indivíduos puderem retornar a si o controle consciente das transformações das circunstâncias e de si mesmos, estarão a caminho da necessária prática revolucionária, condição essencial na superação da alienação (NEULLS, 2013).

Souza e Guedes (2012), afirmam que a humanização tem um vasto campo de descobertas ainda pela frente, e um processo demorado e complexo nos quais muitos profissionais ate mesmo usuários ainda oferecem resistência, especialmente frente às exigências de rapidez no atendimento que o mercado exige. A adesão do profissional e do paciente a essas novas formas de entendimento da prática das ações de saúde envolve inúmeras questões, entre elas questões relacionadas ao perfil do paciente, as doenças, as formas de tratamento, a organização das instituições de saúde, entre outros.

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2016).

A humanização também pode ser compreendida como a democratização nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários. Sendo que o modelo de produção do cuidado deve ser mais resolutivo, centrado na comunicação, troca de saberes e informações, diálogo e partilha das decisões centradas nos gestores, trabalhadores e usuários. Humanizar visa, então, combater a despersonalização e reconhecer o respeito ao outro com distinção cultural, a fim de produzir cuidados em saúde (SILVA; BESSA; LESSA, 2013).

Enfim, a humanização estabelece-se como construção de atitudes ético-estético-políticas, em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e, entre estes, e os usuários na produção de saúde. A compreensão de humanização dos sujeitos pesquisados implica em relações entre profissionais. Assim, nas instituições de saúde, as atividades da equipe de enfermagem devem estar pautadas no acolhimento e integralidade do usuário, possibilitando um cuidado humanizado. Supondo-se troca de saberes, incluindo os usuários e sua rede social, priorizando o diálogo entre os profissionais e o trabalho em equipe (DUARTE; NORO, 2010).

2.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DOS TEMPOS

As práticas de enfermagem eram, outrora, basicamente uma assistência domiciliar e a realização de partos, efetuadas somente por mulheres de classe social alta e pelos sacerdotes. Porém, com a criação de escolas que ensinavam à arte do curar, e apesar de um início tímido houve muitos progressos sobre o funcionamento do corpo humano, seus distúrbios e doenças marcando assim a fase empírica dos conhecimentos sobre a saúde humana. (NOGIMI, 2008).

De acordo com Silva; Bessa; Lessa (2013), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 surgiu com a preocupação de criar um código de conduta internacional que expressam quais são os “direitos fundamentais da pessoa humana”, para se viver com o mínimo de dignidade. Em seu preâmbulo, essa declaração considera o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis, constituindo o fundamento da liberdade, da justiça e da paz

mundial. Ressalta-se o artigo primeiro, cuja concepção de humanização afirma que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

Ferreira (2005) evidencia que desde Florence, já havia uma preocupação a respeito da qualidade da assistência que era prestada ao paciente enfermo, partindo sempre da relação que existe entre o cliente e o profissional da saúde. Essa preocupação contempla bem mais que as realizações das atividades hospitalares, incluem também as questões relacionadas ao bem estar, conforto e atenção. Historicamente a Humanização teve sua base fundamentada a partir da criação dos hospitais que abrigavam doentes onde a prática do cuidado era realizada sem muitas exigências, e mesmo com esta precariedade de funcionamento, surgia aqui à visão holística da assistência.

Para Benevides e Passos (2005), a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios, o conceitual e o desafio metodológico. Ainda, que humanizar sugere alterações no modo de trabalhar e produzir saúde, o que exige sintonia com o modo de fazer e como se deve fazer, além do que neste processo é necessário focar a imprevisibilidade da produção e mudanças dos sujeitos envolvidos com produção da saúde.

A enfermagem tem como essência o cuidar. Na história de enfermagem, durante muito tempo, o papel do enfermeiro era realizado após a enfermidade e não se visava à prevenção. Com o desenvolvimento das práticas a enfermagem acompanha os movimentos sociais e assiste na atualidade com uma visão holística (BRASIL, 2004).

Na atualidade, a preocupação é tamanha sobre a Humanização, que o Ministério da Saúde implantou, no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH), visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. O PNH é um pacto, uma construção coletiva, que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede, com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do Sistema Único de Saúde (SUS), (DUARTE; NORO, 2010).

Sendo lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários 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 (BRASIL, 2009).

Políticas públicas voltadas à saúde também destacam a necessidade dessa humanização. Diante desse quadro foi lançado a “Política Nacional de Humanização” ou “Humaniza SUS”, tendo como objetivo “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004).

A humanização em enfermagem visa atender às necessidades dos usuários, sejam elas religiosas, físicas, psicológicas, social ou sexual. Com isso é necessário que os profissionais criem um vínculo com o paciente para facilitar que o mesmo se expresse e exponha seus medos (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

De acordo com os autores Silva; Bessa; Lessa (2013), neste primeiro momento, entretanto, não ocorre devidamente à humanização da saúde pública, uma vez que não incidiu também a efetivação do plano de ações coordenado e descentralizado preconizado pelo SUS, o que exige a articulação entre os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social. Assim, em maio de 2001, o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), onde a humanização é incluída na pauta da XI Conferencia Nacional de Saúde.

Complementando essa abordagem, Oliveira et al. (2013) diz que a assistência humanizada exige esforço, concentração e compromisso tanto dos trabalhadores quanto dos gestores. Oferecer cuidado humanizado não exige mais recursos financeiros, mas impõe o redirecionamento do modo de gerenciar esses recursos, priorizando as modificações na ambiência necessárias para dar uma atenção personalizada aos usuários, bem como adequando o quantitativo de pessoal à demanda da clientela, para não impor sobrecarga de trabalho à equipe e comprometer a qualidade do atendimento.

Entretanto, no cotidiano da assistência hospitalar, existem diversos desafios para a implantação de medidas humanizadoras, destacando-se a própria sensibilização de enfermeiros. O que se observa é que profissionais da área da saúde não são, em geral, preparados para o desenvolvimento de competências dirigidas ao desempenho de uma assistência de caráter humanizador (NOGUEIRA; MARTINS, 2001).

No Art. 1º do capítulo I do código de Ética dos profissionais de enfermagem consta que: “a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais” (BRASIL, 2007).

A humanização, além de envolver o cuidado com o paciente, estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença através do diálogo, da atitude de conversar, informar o paciente, localizá-lo no tempo e no espaço, identificá-lo pelo nome, enfim, personalizar o atendimento. A informação adequada, com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é um importante requisito para a humanização do cuidado sendo a participação do enfermeiro algo de grande importância, pois envolve o fornecimento de informações precisas, favorecendo o contato do familiar com a realidade (GONDIM; SOUZA; ALBUQUERQUE, 2008).

Posto dessa maneira, humanizar, então, não mais se refere ao absurdo da suposição de uma progressão na escala biológica ou antropológica na relação entre os homens. Ela tem sua face muito mais voltada para o reconhecimento da dimensão essencial da natureza humana, que é à base de todos os acordos de cooperação e participação popular, bem como do estabelecimento de diretrizes de uma conduta ético-profissional condizente com os valores humanos coletivamente pactuados na organização em sociedade (SOUZA; GUEDES, 2012).

2.3 ENFERMAGEM CIRÚRGICA E HUMANIZAÇÃO

Nas primeiras 24 horas após a cirurgia, os cuidados de enfermagem para o cliente hospitalizado em uma unidade de cirurgia geral (clínica cirúrgica) consistem em continuar a ajudá-lo a se recuperar da anestesia, avaliar frequentemente seu estado fisiológico, monitorar a ocorrência de complicações, tratar a dor e adotar medidas destinadas a alcançar as metas a longo prazo como independência no autocuidado, controle eficaz do regime terapêutico, alta domiciliar e recuperação plena (PELLICO, 2015).

O Centro Cirúrgico é reconhecido como um local de tecnologia, e um local onde o conhecimento técnico-científico é bastante valorizado; é o local onde o paciente será submetido a um procedimento cirúrgico, portanto podem trazer estresse e sentimentos diversos aqueles envolvidos no procedimento anestésico-cirúrgico (POPOV, 2014)

A enfermagem em centro cirúrgico (CC) era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da operação. Até a década de 1960, era dirigido predominantemente para a área instrumental, atendimento às solicitações da equipe médica e às ações de previsão e provisão para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, resumindo-se assim a assistência ao paciente cirúrgico (FONSECA; PENICHE, 2009).

A prática de enfermagem em centro cirúrgico no Brasil surgiu devido à ausência de pessoal capacitado para atender às necessidades da equipe médica, para o preparo das salas de

operação e dos artigos médicos hospitalares e equipamentos. A qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, tanto no período que antecede à cirurgia quanto durante e após a realização da mesma, interfere nos resultados do procedimento realizado. Daí a relevância de se buscar compreender a complexidade que envolve a atuação do enfermeiro nessa unidade (SANTOS; RENNÓ, 2013).

Na especificidade do centro cirúrgico, a dinâmica do cuidar e os cuidados de enfermagem são muito voltados à objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, visando à recuperação do cliente. Dadas às características do setor, a interação social no cuidado muitas vezes é restrita. A presença da enfermeira junto ao leito, a demonstração de afeto, o toque, a conversa também são restritos face às atividades outras do setor, o que não quer dizer que não haja expressividade no cuidado. Isto acontece, por vezes, não no sentido de 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 (SILVA; ALVIM, 2010).

Estima-se que cerca de 240 milhões de cirurgias são realizadas ao ano em todo o mundo e que a incidência de enfermidades cirúrgicas aumentará na próxima década, representadas por doenças cardiovasculares, traumas e cânceres associados à maior expectativa de vida da população. Assim, é vital saber se o CC atenderá especialidades ou populações específicas, como tratará pacientes vulneráveis (idosos, crianças, pacientes com doenças psiquiátricas, pessoas, pessoas com deficiência etc.) e se incluirá programas de humanização, com o acolhimento das famílias dos pacientes em sua área de assistência. A equipe deve ter protocolos de atuação para gerenciar essas demandas (BOHOMOL; MELO, 2016).

Os profissionais da saúde exercem seu cotidiano em meio a situações conflitantes entre a vida e a morte, a saúde e a doença, submetidas a tensões advindas do contato com pacientes difíceis, em estados terminais, com dores crônicas, em estado de depressão, abandono, agressividade, rebeldia e com diversos transtornos psiquiátricos. Temem cometer erros, às vezes pequenas falhas que podem resultar em consequências sérias. Assim, “cuidar de quem cuida” é uma condição indispensável para o desenvolvimento de projetos e ações que promovam a humanização da assistência (BRASIL, 2004).

O Centro Cirúrgico (CC) tem uma dinâmica que propicia termos atitudes pouco humanizadas, devido à urgência do procedimento, ao risco iminente, as questões técnicas e burocráticas envolvidas na cirurgia, porém em primeiro lugar, devemos direcionar o nosso olhar ao paciente e suas necessidades, não só das necessidades físicas, mas daquelas que se

Encontram no plano subjetivo, onde muitas vezes não há expressão verbal que possa ser usada para a sensação de medo que pode estar atrelada a cirurgia (POPOV, 2014).

A humanização continua no preparo para a cirurgia, na recepção desse paciente na unidade de cuidados cirúrgicos, na recepção no próprio CC, onde o profissional que prestará cuidados ao paciente tem a oportunidade de se apresentar, e estabelecer uma relação de confiança e proximidade. Na sala operatória, durante o procedimento anestésico, estar ao lado do paciente, escutá-lo, mostrar-se capaz de compreender ou estar ao lado simplesmente, tratar o paciente de maneira respeitosa, mesmo após a perda da consciência, estar ao seu lado também no momento de retorno da anestesia, compreendendo os efeitos das drogas anestésicas e apresentando-se como componente importante na manutenção da segurança e privacidade do paciente (GONDIM; SOUZA; ALBUQUERQUE, 2008).

O pós-operatório imediato se inicia após as 24 horas do procedimento anestésico-cirúrgico e se estende até a alta para o domicílio. A identificação das fases do período perioperatório tem por finalidade organizar as ações que devem ser implementadas e forma contínua e colaborativa entre os membros da equipe. A assistência de enfermagem perioperatória está pautada nos conceitos de assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, cujo instrumento é a Sistematização da Assistência de Enfermagem Prioritária (SAEP), um modelo específico para CC que se originou da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), um método ordenado e organizado para prestar cuidados de enfermagem (BOHOMOL; MELO, 2016).

A relação entre a equipe de enfermagem e o paciente cirúrgico é de fundamental importância para a percepção e a experiência cirúrgica. A atmosfera que envolve o paciente no período perioperatório (pré, trans e pós-operatório) pode incluir sentimentos, como medo do desconhecido, da morte, comprometimento da relação do paciente com seus familiares, preocupação com o retorno ao trabalho, entre outros. A experiência cirúrgica é subjetiva e requer um cuidado humanizado, qualificado e seguro (OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012).

Segundo Fonseca e Peniche (2009), toda a assistência precisa ser documentada e fazer parte do prontuário do paciente, propiciando sua continuidade, não importa para qual unidade o mesmo seja transferido. Mediante essa preocupação, alguns autores veem a importância de desenvolver ou aprimorar os instrumentos que norteiem a assistência perioperatória. A Visita pós-operatória (VPO) de enfermagem é um momento no qual se pode avaliar a orientação e o preparo que foram dados ao paciente e à família previamente e, conseqüentemente, avaliar a qualidade da assistência de enfermagem.

O aspecto psicológico do cliente deve ser foco de atenção da enfermeira antes mesmo de sua chegada em centro cirúrgico, através da visita pré-operatória (VPO). Esta consiste na avaliação do cliente pela enfermeira do centro cirúrgico no período que precede a sua admissão neste setor. Durante a VPO é feita avaliação basal do paciente (avaliação emocional, história anestésica prévia, identificação de alergias, entre outros), momento em que também se promove a educação em saúde com vistas à preparação do cliente para o ato cirúrgico e recuperação anestésica (SILVA; ALVIM, 2010).

A busca pela humanização prestada no CC não se limita apenas ao atendimento prestado ao paciente, mas se preocupa com a satisfação do mesmo e estende-se aos familiares, vindo ao encontro dos objetivos propostos para a cura. (OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012).

2.4. O USUÁRIO SUBMETIDO A UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E SUA TOTALIDADE: UMA VISÃO INTEGRAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a qualidade um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao paciente/cliente, além de alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (SANTOS; RENNÓ, 2013).

“A Integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação” (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 533).

Assim, de acordo com esse enfoque todo acontecimento humano é um fenômeno biopsicosociocultural. Sob esta ótica, o ato cirúrgico, considerado um evento deste nível, compreende a totalidade de fatores envolvidos, desde as reações da pessoa diante do diagnóstico, da necessidade da cirurgia, associadas ao funcionamento e à organização do ambiente e da equipe, assim como o desenvolvimento da cirurgia, as técnicas relacionadas, seus resultados e até a cultura em que o paciente está inserido interfere no fenômeno como um todo (JUAN, 2007).

Em uma pesquisa realizada acerca da Humanização Hospitalar, enfatizou três aspectos principais: A íntima associação entre humanização da assistência e cuidado holístico, integral, voltado para as várias dimensões subjetivas que compõem o ser humano e que devem ser respeitadas. a empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do paciente, que o profissional precisa exercitar para apreender os sentimentos e sensações do outro e, a partir

daí, escolher a melhor forma de assisti-lo. O terceiro aspecto refere-se à necessidade de o profissional investir na relação com o paciente e família, oferecendo as informações necessárias e demonstrando paciência, atenção e carinho na interação com eles (OLIVEIRA *et al*, 2013).

Há um grave reducionismo onde o sujeito perde espaço para a doença, não importa para a equipe, quem ele é, o que pensa e o que sente. O importante nesta relação é a sua doença, pois é conhecendo-a que se pode tratar e devolver-lhe a sua saúde, mesmo que seja preciso usar procedimentos altamente invasivos, ações constrangedoras e negação total deste sujeito, a ponto de lhe negar informações sobre o seu processo de adoecimento e tratamento, invadindo os sujeitos sem pedir licença e/ou consentimento (RODRIGUES, 2013).

Anterior ao período da hospitalização os sujeitos eram tidos e percebidos como tal, ou seja, com poder de decisão, autônomos, que cuidam das suas vidas, do seu corpo, e pouco dependem de outras pessoas para realizar atividades rotineiras. (AMIN, 2001).

“O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existir necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais órgãos do corpo serão afetados pelo procedimento” (BEDIN, 2004).

O aspecto psicológico do cliente deve ser foco de atenção da enfermeira antes mesmo de sua chegada em centro cirúrgico, através da visita pré-operatória (VPO). Esta consiste na avaliação do cliente pela enfermeira do centro cirúrgico no período que precede a sua admissão neste setor. Durante a VPO é feita avaliação basal do paciente (avaliação emocional, história anestésica prévia, identificação de alergias, entre outros), momento em que também se promove a educação em saúde com vistas à preparação do cliente para o ato cirúrgico e recuperação anestésica (SILVA; ALVIM, 2010).

O mesmo autor relata que o cuidado com o ser humano deve ser direcionado como um todo – biológico, social, psicológico e espiritual – enfatizando a necessidade de comunicação e atenção, valorizando as experiências individuais, os valores sociais e humanos, emoções, desejos, e todo o contexto necessário para o entendimento do sujeito. O cuidado de enfermagem mais especialmente visa à promoção da saúde, preservação e proteção da vida, promoção do conforto e bem-estar do homem. Implica em uma intervenção tanto direta ao cliente, quanto em ações que são desenvolvidas em prol de sua plena restauração, incluindo o ambiente que o integra, de modo a manter-se harmônico e equilibrado.

Segundo as autoras Goulart e Chiari (2010), dois desafios se apresentam à construção de um modelo de atenção humanizado e, ao mesmo tempo, humanizador: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um *ethos*, a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do “eu”) e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um).

Neste sentido, é útil ao enfermeiro tentar enxergar seus pacientes como sujeitos que trazem consigo uma história, uma identidade e não apenas como meros objetos do cuidar, uma extensão dos equipamentos da unidade. Como referido pelos sujeitos desse estudo, é necessário que o enfermeiro desenvolva a habilidade de “se colocar no lugar do outro” para ser capaz de sentir, avaliar e escolher como gostaria de ser tratado se estivesse naquela situação. Essa atitude possibilita um cuidado pautado no respeito pela autonomia e dignidade do paciente (OLIVEIRA et al, 2013).

A percepção dos pacientes sobre os cuidados a ele ministrados estão sendo mensurados e analisados cientificamente. Os que recebem as orientações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico a que será submetido assimilam melhor quando o vocabulário utilizado é acessível, garantindo ao mesmo a tranquilidade e sucesso do tratamento. O transporte do paciente até o CC é um momento de estresse e este gosta de ser tratado de forma atenciosa e cuidadosa, sendo que a ausência da família é um fator que causa nervosismo durante o transporte (FONSECA; PENICHE, 2009).

A assistência de enfermagem deve estar presente não apenas no tratamento, mas, também preparando a família e o paciente para o que poderá acontecer, além de esclarecer dúvidas e posicionar-se ao lado da família e do cliente (HERCOS et al, 2014).

A enfermeira precisa garantir um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado, envolvendo, dentre outros, o meio ambiente físico e social. No entanto, apesar de esta profissional preocupar-se com a manutenção desses recursos de modo a manter o ambiente seguro e de qualidade na promoção do cuidado ao cliente, o seu desempenho em prover a unidade com esses insumos nem sempre é o suficiente para mantê-la em pleno funcionamento (SILVA; ALVIM, 2010).

Além disso, esta análise permite constatar que, entre as alterações, as emocionais como ansiedade e medo estão sempre presentes. O posicionamento cirúrgico do paciente é uma preocupação tanto da equipe médica como da equipe de enfermagem. Para isso, deverão ser utilizados todos os recursos disponíveis, para propiciar conforto e segurança ao paciente.

O enfermeiro precisa assistir ao paciente durante o posicionamento com muita atenção, sempre pensando e agindo com a visão preventiva (FONSECA; PENICHE, 2009).

Os conceitos de integralidade e de humanização devem ser discutidos e contextualizados sempre que forem empregados, pois são passíveis de interpretações variadas (GOULART; CHIARI, 2010).

2.5. HUMANIZAÇÃO: TEORIA X PRÁTICA

A partir de uma abordagem teórica, a humanização é tomada como conceito, enquanto prática política e alvo ideal a ser alcançado na interação profissional/usuário. No que se refere à formação ético-profissional no campo da saúde, bem como do uso das novas tecnologias disponíveis no mercado atual e de sua aplicação no sistema público de saúde brasileiro são tratados aqui, ainda, alguns dos vieses que podem despertar uma nova forma de entendimento para os falsos argumentos que ainda sobrevivem e dão conta de negar essa dimensão tão necessária que é a da humanização no campo da saúde pública (SOUZA; GUEDES, 2012).

Vivemos em uma época na qual, na formação e nas práticas profissionais na área da saúde, expressões tais como “amor ao próximo”, “atitudes humanas”, “valorização do ser humano”, “respeito à individualidade”, “o ato de falar”, “de ouvir”, “cuidado integral”, “empatia”, “práticas e atitudes humanizadas”, “humanizar-se”, “ser humano”, “ato de humanização” são comumente utilizadas. A reflexão sobre todos estes termos e sua polissemia, originou alguns questionamentos que culminaram com o presente estudo (MAGALHÃES, 2008).

Definição de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva (GOULART; CHIARI, 2010).

Oliveira et al (2013) afirma que o cuidado integral não deve ser restrito ao paciente, estendendo-se também a sua família, que, como um prolongamento dele, encontra-se igualmente fragilizada e precisando de atendimento integral as suas necessidades. Reconhecem a importância da presença da família junto ao paciente e que na prática, os enfermeiros ainda a veem como entrave para o bom andamento da rotina de trabalho dentro da unidade.

Ha décadas, o conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde vem ganhando destaque na pauta das discussões em todo o mundo. No contexto brasileiro, essa temática mostra-se cada vez mais relevante diante da necessidade de aplicação dos princípios de equidade e participação social do usuário nos processos decisórios relativos às práticas diárias de saúde nos quais residem à manutenção de sua vida (GOULART; CHIARI, 2010).

Na prática cotidiana, a implementação da humanização não parece ser simplista, visto que é encarada pelos profissionais de saúde como sendo difícil de ser definida (SANCHES *et al*, 2016).

Com o avanço científico-tecnológico e a sofisticação de procedimentos vinculados à necessidade de se estabelecer controles e vigilâncias de variáveis fisiopatológicas, o enfermeiro passa a assumir cada vez mais encargos gerenciais, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente (BEDIN, 2004).

“Humanizar e, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética”, esse ato implica um processo de empatia e reciprocidade onde o sofrimento humano, suas percepções de dor ou de cura no corpo precisam também ser dadas por palavras que tenham significado tanto para quem as exprime, quanto para quem às recebe como meio de cura (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Encontramos ainda o aspecto da religiosidade, que o paciente a usa para sentir-se mais seguro em um ambiente desconhecido, trazendo para si a crença e a proteção a quem ele confia, buscando um pouco de paz e, quem sabe, até um cuidado diferenciado e um apoio. (GONDIM; SOUZA; ALBUQUERQUE, 2008).

Segundo Goulart e Chiari, (2010), em um passado próximo, quando a valorização exagerada da ciência se sobrepunha à experiência pessoal, as fontes de paixão explícitas do profissional eram a ciência e a arte. Esta concepção impunha ao profissional de saúde (no artigo citado, os autores tomam como base os médicos, mas podemos conceber uma generalização em relação às profissões ligadas à área da saúde) uma necessidade de colocar-se em posição de superioridade, de diferenciação.

Além do ambiente a comunicação é um meio utilizado para amenizar as angústias daqueles em recuperação e de seus familiares, devendo esta ser utilizada de maneira objetiva, simples e no momento apropriado. Podemos nos deparar ainda com o toque que é um meio de comunicação não verbal, essencial para o ser humano, pois este transmite afeto, segurança e proteção (GONDIM; SOUZA; ALBUQUERQUE, 2008).

Em um passado próximo, quando a valorização exagerada da ciência se sobrepunha à experiência pessoal, as fontes de paixão explícitas do profissional eram a ciência e a arte. Esta

concepção impunha ao profissional de saúde (no artigo citado, os autores tomam como base os médicos, mas podemos conceber uma generalização em relação às profissões ligadas à área da saúde) uma necessidade de colocar-se em posição de superioridade, de diferenciação (GOULART; CHIARI, 2010).

De acordo com Gondim; Souza; Albuquerque, (2008), relatam que a humanização, além de envolver o cuidado com o paciente, estendem-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença através do diálogo, da atitude de conversar, informar o paciente, localizá-lo no tempo e no espaço, identificá-lo pelo nome, enfim, personalizar o atendimento.

A informação adequada, com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é um importante requisito para a humanização do cuidado sendo a participação do enfermeiro algo de grande importância, pois envolve o fornecimento de informações precisas, favorecendo o contato do familiar com a realidade.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. Uma pesquisa descritiva é uma descrição das características de um grupo ou de um evento. Pode ser considerado até mesmo um estabelecimento de analogias variáveis. Descreve-se que a pesquisa exploratória visa adequar maior familiaridade com o problema, tornando-a de maneira mais explícita e de forma a levantar hipóteses. Os estudos descritivos e exploratórios são realizados rotineiramente por pesquisadores no momento em que surgir uma inquietação com a atuação prática perante de um determinado problema (GIL, 2007).

A pesquisa quantitativa caracteriza-se pela quantificação foi aplicada nas modalidades da coleta de dados e no tratamento das mesmas utilizando análise estatística sobre os eventos, vastamente utilizada na condução de pesquisas, evitando-se deformidades de análise sobre interpretação, aceitando assim uma margem de segurança quanto às interposições (RICHARDSON, 2010).

Minayo (2010), afirma que a pesquisa qualitativa, é um método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais relacionados ao conhecimento relativo a grupos particulares, propicia à construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a averiguação, sendo de tal modo, empregada para preparação de novas presunções, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias, sendo que o pesquisador qualitativo tem de evitar controlar a pesquisa, para o estudo permanecer no argumento naturalista.

O método qualitativo descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os procedimentos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (RICHARDSON, 2010).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM). CNPJ: 08. 241. 754/0104-50, localizado à rua Antônio Vieira de Sá, Bairro Aeroporto, CEP: 59607-100; Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. A escolha do local se deu pelo fato de ser um hospital que presta atendimento de urgência, emergência, cirurgias geral de

pequeno e médio porte e internações. São realizadas cirurgias de pequeno e médio porte, dando cobertura à Mossoró e regiões circunvizinhas, diagnósticos laboratoriais e de imagem.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo. Amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou plana (SILVA, 2005).

De acordo com Richardson (2010), o termo população é definido como um conjunto de elementos que possuem determinadas características, já a amostra é a subclasse da população.

A população de estudo foi composta por usuários, internados na Clínica Cirúrgica Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia no município de Mossoró/RN. Compôs-se por 30 (trinta) usuários deste serviço.

Os critérios de inclusão no estudo foram: usuários da Clínica Cirúrgica da instituição de saúde mencionada, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que concordaram em responder a entrevista, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão consistiram em usuários que se encontrassem incapacitados fisicamente e/ou psicologicamente a fazê-lo e pacientes internos em outros setores do hospital pesquisado.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados quantitativamente através da escala de Likert. Nesta escala, os respondentes se posicionam de acordo com uma medida de concordância atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, se infere a medida do construto. Construtos como autoestima, depressão, etnocentrismo, religiosidade e racismo são alguns exemplos recorrentemente mensurados por meio de escalas de Likert. A escala original tem a proposta de ser aplicada com cinco pontos, variando de discordância total até a concordância total. Entretanto, atualmente existem modelos chamados do tipo Likert com variações na pontuação, a critério do pesquisador (SILVA JUNIOR, 2014).

Os dados quantitativos foram analisados através da Escala de Likert.

Exemplo de escala de Likert.

QUADRO 1

ESTOU SATISFEITO COM O SERVIÇO RECEBIDO:				
Discordo	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo
Totalmente	Parcialmente	Nem discordo	Parcialmente	Totalmente
1	2	3	4	5

A cada item foi atribuída uma escala quantitativa, conforme um questionamento de perguntas com opções de respostas progressivas. Por exemplo, na escala de 1 a 5, quanto mais próximo de 5 estiver o ranking médio, maior será o nível de motivação dos usuários entrevistados (LARANJEIRAS et al, 2011).

O método da coleta de dados qualitativo se deu por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE B).

O roteiro de entrevista foi composto por duas partes, à primeira relacionada à situação sociodemográfica e a segunda parte serão relacionadas à experiência vivenciada pelos usuários em centro cirúrgico e quanto à humanização.

3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Segundo Minayo (2010) a entrevista consiste em uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por atuação do entrevistador, designada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/FAMENE) sob o número de protocolo 95/2016 e CAAE: 58687016.4.0000.5179. Na entrevista foram abordados os pacientes do próprio Hospital. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual lhe garante o sigilo das informações. Após a coleta, os dados foram transcritos para posterior análise.

Antes da aplicação do instrumento para coleta dos dados, os participantes foram comunicados quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, bem como em relação a direito do sigilo, a renúncia em participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer nenhum dano e anonimato das informações, que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, Nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Os participantes concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).

Após serem convidados a participar da pesquisa, os participantes assinaram o TCLE legitimando a sua participação voluntária. Foram então encaminhados para um local calmo e livre de ruídos dentro da instituição para aplicação do questionário.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram analisados, sendo processados em números e os dados qualitativos, subjetivamente analisados de acordo com o que preconiza Bardin (Análise de Bardin).

A análise dos dados quantitativos, colhidos através da escala de Likert foi realizada da seguinte forma: nela, os itens respondentes se posicionam de acordo com uma média de concordância atribuída e, desta forma, se infere a medida do construto (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

Desde a publicação de sua obra, a escala formulada por Likert tem se tornado popular. As razões para isto incluem o tipo de psicometria utilizada na investigação, a dificuldade de generalizações com o uso de grande número de opções de marcação, e a natureza complexa de escalas alternativas (CUMMINS e GULLONE, 2000).

Partindo do pressuposto, foram então realizadas 10 (dez) afirmações (variáveis) aos entrevistados, onde os mesmos marcaram no espaço correspondente na Escala o seu nível de concordância (categorias) com estas assertivas, que consistiam em “Discordo totalmente”; “Discordo parcialmente”; “Não concordo, nem discordo”; “Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente”. Os números, portanto, foram analisados quantitativamente e apresentados em frequências e porcentagens.

Quanto à análise qualitativa, destaca-se que para Bardin (2009), a análise de conteúdo se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Desse modo, utilizou-se como técnica a Análise de Conteúdo de Bardin sendo esta organizada em três fases: Pré-análise é a primeira fase e compreende a organização do material a ser analisada. A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro. A terceira fase é composta por tratamento dos resultados, inferência e interpretação, nesta etapa ocorre à condensação e o destaque das informações para a análise (BARDIN, 2006).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados colhidos seguem mantidos em sigilo, mantendo-se o anonimato para cada profissional entrevistado. A pesquisa foi desenvolvida obedecendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas que envolvem seres humanos com interesse organizado, de caráter consultivo, educativo e formulador de diretrizes e estratégias no âmbito do conselho. Sendo também livre de influências corporativa e institucional. Tendo como características a composição multi e transdisciplinar (BRASIL, 2013).

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. Foi embasada também pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta resolução aprova a reformulação do Código de Ética dos (COFEN, 2007).

Deste modo, o estudo foi enviado e submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, onde seguiu os trâmites legais, orientações e normas para que assim fosse realizada a coleta dos dados.

Informamos ainda que a pesquisa em questão apresentou riscos mínimos para os participantes, como constrangimento diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos foram reduzidos através de instrumentos de coleta de dados que não proporcionassem conotações negativas de caráter pessoal ou profissional. Garantiu-se a realização da abordagem em um local reservado, proporcionando total privacidade aos participantes.

Quanto aos benefícios, espera-se que este estudo tenha permitido que os profissionais refletissem sobre a relevância da humanização, envolvendo o cuidado integral na assistência da enfermagem cirúrgica. Além disso, os resultados serão encaminhados para o meio acadêmico e hospitalar, reforçando a importância da humanização e contribuindo positivamente para a otimização no processo assistencial.

3.8 FINANCIAMENTO

Todos os custos do projeto de pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) disponibilizarão seu acervo bibliográfico, assim como a orientadora e a banca examinadora.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA CLÍNICA CIRÚRGICA

A tabela apresentada abaixo discorre acerca dos dados colhidos quanto à caracterização sócio demográfica dos entrevistados. Procurou-se mostrar a relevância do estudo para os mesmos e também para os responsáveis pelo hospital citado. Observam-se, portanto, as informações na tabela abaixo:

Tabela 1 – Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

Variáveis	Freq.	%
SEXO		
Feminino	17	56,6
Masculino	13	43,3
ESTADO CIVIL		
Casado	15	50
Solteiro	10	33,3
Divorciado	2	6,6
Outros	3	10
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental	23	76,6
Ensino Médio	7	23,3

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Analisando-se o perfil do público-alvo, tem-se que: das 30 entrevistas realizadas, 17 usuárias eram do sexo feminino, totalizando 56,6% e 13 do sexo masculino, ou seja, 43,3%. É importante destacar que estes pacientes situados na clínica cirúrgica foram submetidos a procedimentos de especialidades variadas. Desta forma, não se evidencia relação direta entre distinção do gênero destes usuários e o conteúdo (humanização) que se almeja aqui pesquisar, entendendo que deve ser equitativa e universal a todos.

Batista et al (2016) ressalta a operacionalização da humanização ao público em geral argumentando que um dos fundamentos do Programa Nacional de Humanização(PNH) é reconhecer a diversidade do povo brasileiro e oferecer a todos a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor ou etnia, origem, gênero e orientação sexual .

No que se refere ao estado civil dos participantes, foi identificado que: 15 estão casados (50%); 10 estão solteiros (33,3%); os entrevistados divorciados correspondem a 02 (6,6%); e classificados como “outros” foram 03 dos entrevistados (10%). Portanto, podemos perceber que as maiorias dos entrevistados dizem serem casados.

Neste contexto, é importante ressaltar que o apoio familiar, incluindo o conjugue, é fundamental para a recuperação pós-operatória dos pacientes. Mediante o que se observou a partir dos dados mencionados, sendo a maioria classificada como “casado”, é importante manter e facilitar a presença do acompanhante durante este processo.

A predominância no que se diz respeito ao nível de escolaridade tem sido observada com bastante atenção, dos 30 entrevistados, 23 estudaram apenas até o ensino fundamental, equivalendo a 76,6%. Este número não dificultou no trabalho de coleta de dados, visto que as entrevistas foram redigidas e disponibilizadas de forma acessivelmente compreensível ao entendimento do público em questão.

4.2 DEFINIÇÃO DE HUMANIZAÇÃO PELOS USUÁRIOS

Na análise qualitativa foi realizada a entrevista semiestruturada a 30 usuários, conforme indicado na amostra desta pesquisa. Todos se apresentaram dispostos a responder as perguntas que lhes foram dirigidas, colaborando em todo o processo de coleta de dados.

Para fins de análise, foram utilizados para os entrevistados codinomes que remetem à lembrança do que seria “humanizar”: Coração, Amor, Fé, Paz, Gratidão, Sabedoria, Bondade, Luz, Discernimento. Os termos citados foram elencados e destacados somente para os trechos de entrevista abaixo correlacionados, selecionados para esta análise. Assim, cumprem-se com os preceitos éticos de anonimidade dos sujeitos.

Iniciando pela definição de humanização os autores Gondim; Souza e Albuquerque (2008) a caracterizam como sendo “um conjunto de medidas que objetivam a conciliação entre os cuidados em saúde e as tecnologias, como também um espaço físico favorável e a satisfação dos profissionais da equipe e usuários”.

Os pacientes incluídos na amostra foram questionados acerca do termo supracitado e suas principais respostas foram:

“Humanização pra mim é quando se tem intenção e prazer em ajudar alguém sempre que precisa.” (Coração)

“É cuidar do próximo, atenção, humildade.” (Amor)

A prática atual da enfermagem deve ser pautada na noção de cuidado humanizado, como uma ação complexa e integral, respeitando, acolhendo as necessidades de cada sujeito. Assim, o cuidado pressupõe capacidade para a escuta e o diálogo, além de disponibilidade

para perceber o outro, como um sujeito com potencialidades, resgatando a autonomia e estimulando a cidadania (DUARTE E NORO, 2010),

“É fazer boas ações, ajudando o próximo.” (Paz)

“É o acolhimento bem prestado, sempre que precisar.” (Gratidão)

“Quando a pessoa é prestativa atenciosa, e ajuda sempre que alguém precisa.” (Sabedoria)

Observa-se com as tímidas definições apresentadas, que o entendimento da população entrevistada é inconsistente. Porém, mais preocupante ainda, foi a constatação de que, dos 30 entrevistados, 14 (46,6 %) afirmaram não saber o significado do termo humanização.

É muito preocupante a quantidade de pessoas que não entende o conceito de humanização. O cidadão não conhecer seus direitos, seus valores e seus deveres, para então poder reivindicá-los.

Brasil (2017) define como Cidadão aquele que se identifica culturalmente como parte de um território, usufrui dos direitos e cumpre os deveres estabelecidos em lei. Ou seja, exercer a cidadania é ter consciência de suas obrigações e lutar para que o que é justo e o correto sejam colocados em prática. O cidadão tem direito à saúde, educação, moradia, trabalho, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, segurança, lazer, vestuário, alimentação e transporte são direitos dos cidadãos.

Os direitos e deveres não podem andar separados. Afinal, quando cada um cumpre com suas obrigações, permite que outros exercitem seus direitos. Alguns deles são: votar para escolher nossos governantes; cumprir as leis; respeitar os direitos sociais de outras pessoas; educar e proteger nossos semelhantes; proteger a natureza; proteger o patrimônio público e social do País; colaborar com as autoridades. Receber um tratamento humanizado certamente faz parte desta lista de ações (BRASIL, 2007).

4.3 HUMANIZAÇÃO VIVENCIADA NA VISÃO DOS USUÁRIOS

De acordo com Juan (2007) quando um paciente recebe a notícia de que terá que se submeter a um procedimento cirúrgico, automaticamente ficará focalizado nas implicações deste evento em sua vida. A doença, o diagnóstico e a necessidade da cirurgia como forma de tratamento significam que a saúde da pessoa está debilitada. Assim, o passo seguinte é se adaptar a esse contexto de forma adequada.

“O tratamento foi bem tranquilo e após a cirurgia também, o que mais gostei foi que tudo ocorreu bem, e o que menos gostei foi de algumas pessoas estarem numa profissão sem boa vontade.” (Fé)

“Muito bons alguns profissionais precisam ser mais humanos.”
(Bondade)

De acordo com os trechos relatados acima, percebe-se que os entrevistados demonstram satisfação quanto ao atendimento que lhes foi prestado. Assim, considera-se que a enfermagem neste setor da instituição consegue manter sua conduta adequadamente.

Apesar das opiniões positivas houve ainda algumas palavras que expressaram ideias diferentes:

“Razoável, as enfermeiras são enjoadas.” (Discernimento)

“Só não foi melhor porque é muito paciente para poucos enfermeiros.”
(Luz)

A diferença de opiniões coletadas suscita discussões em busca de novas ideias para que a humanização aconteça nas práticas diárias da equipe de enfermagem e para a equipe multidisciplinar como um todo (DUARTE e NORO, 2010).

Silva e Alvim (2010) citaram em pesquisa realizada que a precariedade de recursos materiais foi apontada por enfermeiros como um fator que dificulta sua atuação no Centro Cirúrgico e que resulta, por vezes, em suspensão do ato cirúrgico quando não há material necessário e em quantidade suficiente para a realização de um determinado procedimento.

De acordo com Meneguetti et al (2013), existe ainda uma predisposição de referir os altos custos da saúde aos gastos com o quadro de pessoal. Como exemplo, temos a diminuição de despesas, que tende a recair sobre a equipe de enfermagem, ocasionando a redução do quadro de pessoal, repercutindo na qualidade da assistência prestada.

A narrativa acima descreve a falta de profissionais e insumos de materiais, um dos maiores problemas acometidos hoje nos hospitais. Com a falta de insumos, os profissionais acabam ficando apreensivos para realizar os procedimentos. Isso se reflete na qualidade do atendimento aos usuários, que deixaram claro na entrevista realizada terem percebido a carência destes recursos.

4.4 PROPOSTAS DOS USUÁRIOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS

A humanização em enfermagem visa atender as necessidades dos usuários, sejam elas religiosas, físicas, psicológicas, social ou sexual. Com isso é necessário que os profissionais criem um vínculo com o paciente para facilitar que o mesmo se expresse e exponha seus medos (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

O enfermeiro deve conduzir o trabalho da equipe de enfermagem, buscando obter melhores resultados, além de manter o compromisso de prestar uma assistência integral de qualidade.

Ainda se observam algumas contradições conforme o que foi respondido na questão anterior. É percebida a necessidade de um maior conhecimento em relação ao conceito de humanização, visto que quando questionados, as principais sugestões foram:

“Aumentar a equipe de enfermagem, pois assim os pacientes é melhor atendido.”(Prosperidade)

“A minha sugestão é que alguns dos profissionais na área da saúde deveriam voltar a sala pra rever ética profissional. Senti falta de um sorriso do rosto de alguns enfermeiros, parecia que está aqui por obrigação.”(Bondade)

“Os medicamentos na hora certa.” (Lealdade)

“Menos demora no atendimento.” (Coragem)

“Falta de roupas de cama para ser trocado.” (Perseverança)

Na entrevista acima, o paciente relata sobre a necessidade de insumos. Alguns outros destacaram a carência de um maior numero de recursos humanos. Para que haja um bom acolhimento e assistência adequada, é preciso que existam conceitos bem mais amplos e subjetivos do que itens materiais: um sorriso, atenção, uma palavra de conforto muitas vezes fazem um diferencial no tratamento ao paciente.

Em Centro Cirúrgico, especificamente, por ser um setor desconhecido para a maioria do público, as atividades realizadas geram ainda mais expectativas, ansiedade e receios. Os pacientes encontram-se sem acompanhantes, fragilizados e alguns inclusive angustiados com a perspectiva de vivenciarem algo desconhecido. Humanização neste cenário, portanto, torna-

se uma prática imprescindível que repercute em todo o processo do cuidar e da assistência de enfermagem no âmbito cirúrgico.

4.5 NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS MENSURADA CONFORME A APLICAÇÃO DA ESCALA DE LIKERT

Para se analisar variáveis correlacionadas a itens que remetem a promoção da humanização, foram dadas aos entrevistados 10 perguntas, sendo cada uma com cinco opções para este responder, de forma objetiva, de acordo com sua concordância. Desse modo, as opiniões foram registradas da seguinte maneira:

Tabela 2 - Valores de frequência obtidos acerca do nível de concordância. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

VARIAVEL	CATEGORIA	FREQ	%
1. Recebi informações necessárias sobre a minha cirurgia pela equipe de enfermagem.	Discordo Totalmente	2	6,6
	Discordo Parcialmente	1	3,3
	Não Concordo	1	3,3
	Concordo Parcialmente	18	60
	Concordo Totalmente	8	26,6
2. A equipe de enfermagem do centro cirúrgico me proporcionou um bom acolhimento.	Discordo Totalmente	0	0,0
	Discordo Parcialmente	0	0,0
	Não Concordo	0	0,0
	Concordo Parcialmente	15	50
3. Fui bem orientado e me senti seguro durante a cirúrgica.	Concordo Totalmente	15	50
	Discordo Totalmente	0	0,0
	Discordo Parcialmente	2	6,6
	Não Concordo	6	20
4. A enfermagem me recebeu bem na clinica cirúrgica.	Concordo Parcialmente	15	50
	Concordo Totalmente	7	23,3
	Discordo Totalmente	0	0,0
	Discordo Parcialmente	1	3,3
5. Senti que fui atendido e ouvido	Não Concordo	0	0,0
	Concordo Parcialmente	12	40
	Concordo Totalmente	17	56,6
	Discordo Totalmente	1	3,3

sempre que precisei.	Discordo Parcialmente	0	0,0
	Não Concordo	0	0,0
	Concordo Parcialmente	14	46,6
	Concordo Totalmente	15	50
	Discordo Totalmente	0	0,0
6. Fui tratado por todos com cordialidade.	Discordo Parcialmente	0	0,0
	Não Concordo	1	3,3
	Concordo Parcialmente	12	40
	Concordo Totalmente	17	56,6
	Discordo Totalmente	0	0,0
7. A equipe de enfermagem está sempre atenta ao meu conforto e bem estar.	Discordo Parcialmente	0	0,0
	Não Concordo	2	6,6
	Concordo Parcialmente	17	56,6
	Concordo Totalmente	11	36,6
	Discordo Totalmente	0	0,0
8. As condições ambientais favorecem ao meu tratamento.	Discordo Parcialmente	0	0,0
	Não Concordo	1	3,3
	Concordo Parcialmente	23	76,6
	Concordo Totalmente	6	20
	Discordo Totalmente	0	0,0
9. A instituição facilita o acesso a meus familiares e amigos, de acordo com, as normas de visitas.	Discordo Parcialmente	0	0,0
	Não Concordo	0	0,0
	Concordo Parcialmente	10	33,3
	Concordo Totalmente	20	66,6
	Discordo Totalmente	0	0,0
10. Estou satisfeito quanto ao tratamento de enfermagem que recebi.	Discordo Parcialmente	0	0,0
	Não Concordo	1	3,3
	Concordo Parcialmente	15	50
	Concordo Totalmente	14	46,6
	Discordo Totalmente	0	0,0

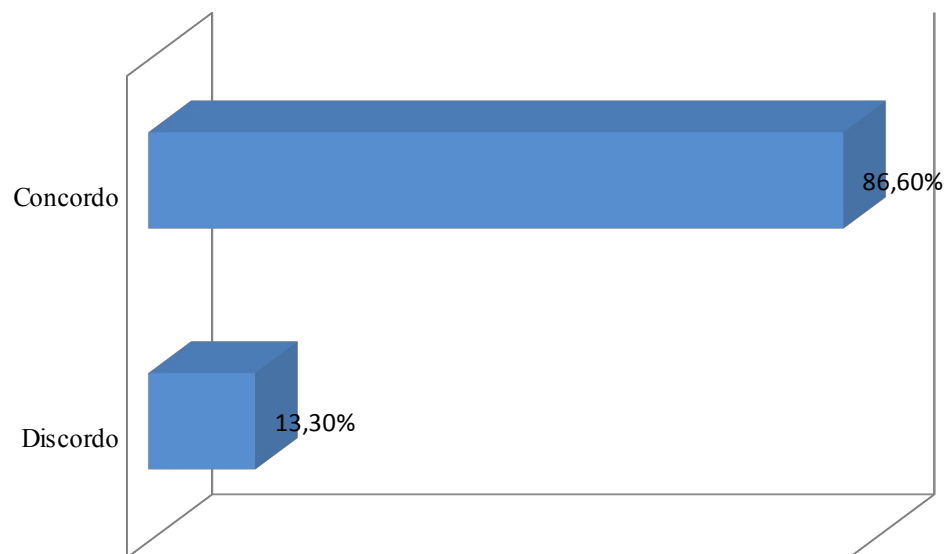
Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

A tabela acima representa minuciosamente os dados coletados quanto à opinião dos usuários de acordo com seu nível de concordância. Foram abordadas reflexões fundamentais que perpassam na construção do processo de Humanização. Comunicação, acolhimento, a prática da escuta, conforto, presença de familiares e uma assistência de enfermagem de

qualidade são itens imprescindíveis que alicerçam o cuidado humanizado e substancial na perspectiva da integralidade.

Desta forma os elementos supracitados foram abordados e cuidadosamente trabalhados de forma a transparecer o mais fidedignamente possível a avaliação do paciente acerca de sua experiência vivenciada junto à enfermagem no processo pré-operatório. Analisando conseqüentemente cada tópico levantado, temos:

Gráfico 1. Distribuição dos valores acerca da afirmação “Recebi informações necessárias sobre a minha cirurgia pela equipe de enfermagem”. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

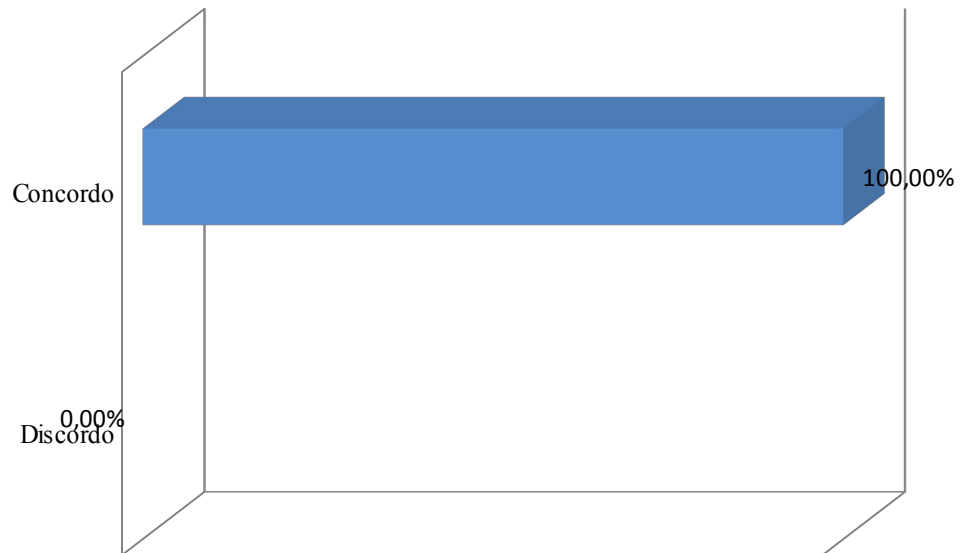
Segundo Fonseca e Peniche (2009), pacientes que recebem as orientações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico a que serão submetidos assimilam melhor as informações quando o vocabulário utilizado é acessível, proporcionando mais tranquilidade e facilitando o sucesso do tratamento.

Ações simples, como uma conversa, um sorriso ou um abraço parece fazerem um grande diferencial, tanto para a família que sofre junto ao cliente, como também para este que vivencia o sofrimento de seus entes queridos (BARROS; LIMA; SANTOS, 2015).

Comunicar-se com o paciente para diminuir os seus anseios, explicando o processo do procedimento, para que ele se sinta seguro consiste em uma atitude fundamental não só por parte da enfermagem como também da equipe multiprofissional. A disponibilidade de informações de forma clara e acessível deve fazer parte de todo o processo pré-operatório, pois certamente contribui para que o paciente esteja confiante, influenciando diretamente na

sua recuperação. 86,6% dos entrevistados consideraram ter sido contemplados nesta perspectiva.

Gráfico 2. A equipe de enfermagem do centro cirúrgico me proporcionou um bom acolhimento. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

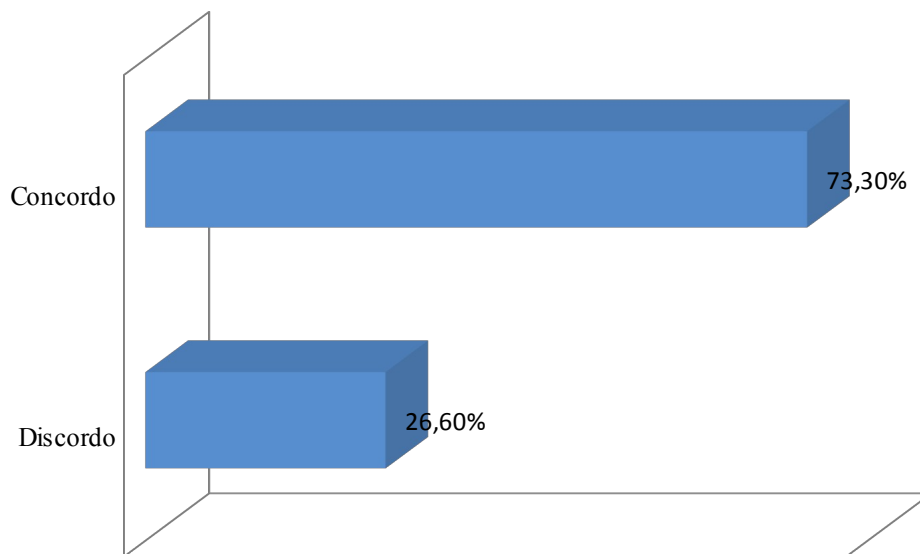
A assistência enquanto acolhimento é uma das diretrizes da humanização, sendo uma atitude de responsabilidade da equipe em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários (ZANARDO et al, 2010).

O acolhimento é um ato de dar proteção e abrigo. Envolve ética, atendimento igualitário, individualizado, responsabilização, cuidado e apoio ao paciente.

Todos concordam totalizando 100% de acordo com o gráfico acima, que a equipe de enfermagem lhe ofereceu um ótimo acolhimento.

Proporcionar um ambiente agradável e minimamente acolhedor faz toda a diferença no atendimento ao usuário, o que indubitavelmente favorece o bem estar físico e psicológico, itens indispensáveis a serem pensados quando se deseja promover uma assistência de qualidade.

Gráfico 3. Fui bem orientado e me senti seguro durante a cirurgia. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

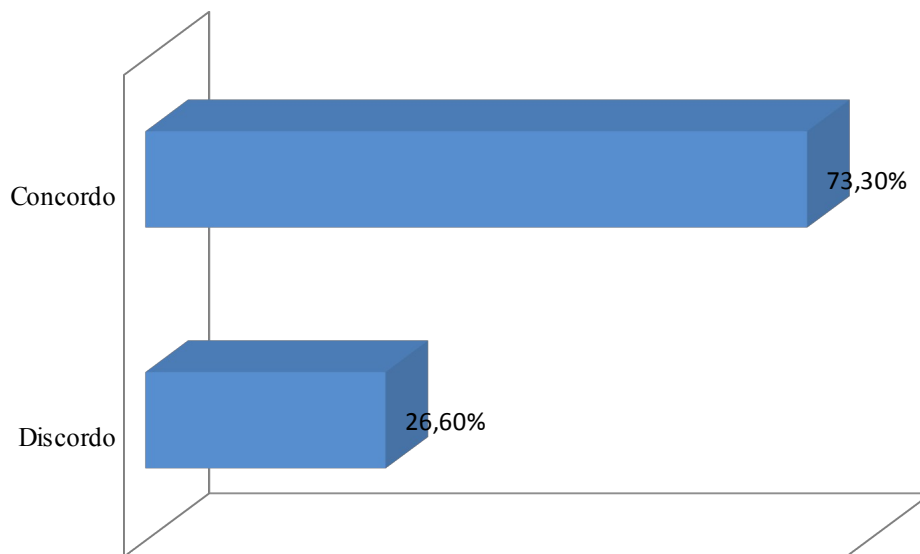


Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Os Centros Cirúrgicos no universo do ambiente hospitalar são unidades de cuidados especiais, que atendem pacientes de diferentes graus de complexidade em diferentes momentos de suas vidas. Contudo, a percepção cirúrgica, para o paciente, é geradora de estresse, medo e apreensão, independente da gravidade ou da complexidade do procedimento ao qual o mesmo irá se submeter (OLIVEIRA JUNIOR; MORAES; MARQUES NETO, 2012).

Comunicação é uma arte que engloba não apenas a reprodução de informações, pura e simplesmente. Envolve introduzir-se na realidade do paciente, compreendendo a sua complexidade como um ser social e, a partir daí, tornar acessível o entendimento do que se quer transmitir. Orientar o usuário exige o mínimo de atenção às suas condições sócio-culturais, adaptando-se a seus níveis de compreensão, para que seja promovida de fato a comunicabilidade eficaz. De acordo com a entrevista, 26,6% dos usuários jugaram as orientações recebidas insuficientes para suas necessidades.

Gráfico 4. A enfermagem me recebeu bem na clínica cirúrgica. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

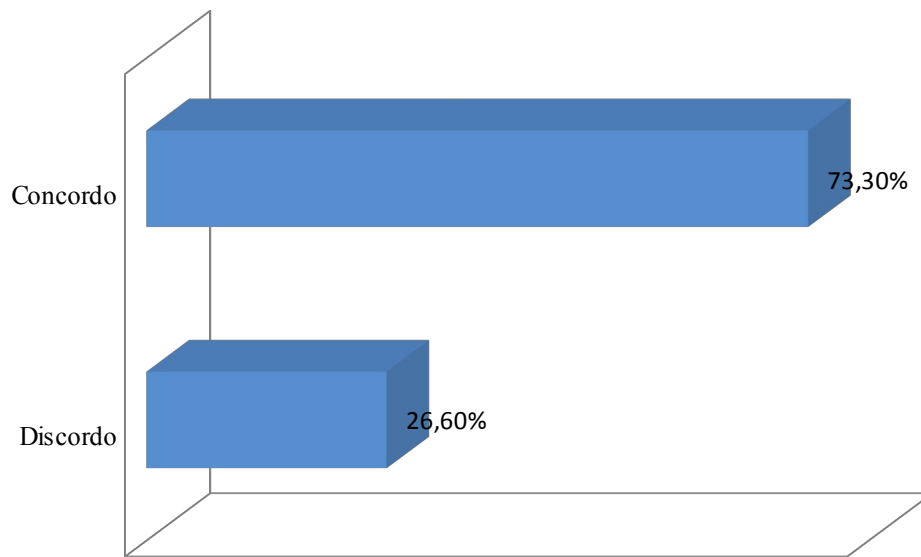


Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Os profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico são geralmente os responsáveis pela recepção do cliente na sua respectiva unidade, (que deve ser) personalizada, respeitando sempre suas individualidades; o profissional deve ser cortês, educado e compreensivo, buscando entender e considerar as condições do cliente que normalmente já se encontra sob efeito dos medicamentos pré-anestésicos (FIGUEIREDO, 2002).

A recepção e acolhimento do paciente, tanto no centro cirúrgico quanto na clínica cirúrgica necessitam vencer diariamente o desafio da mecanicidade e processos burocráticos envolvidos em um procedimento cirúrgico. Nomes e sobrenomes jamais devem ser substituídos por denominações de cirurgias ou patologias.

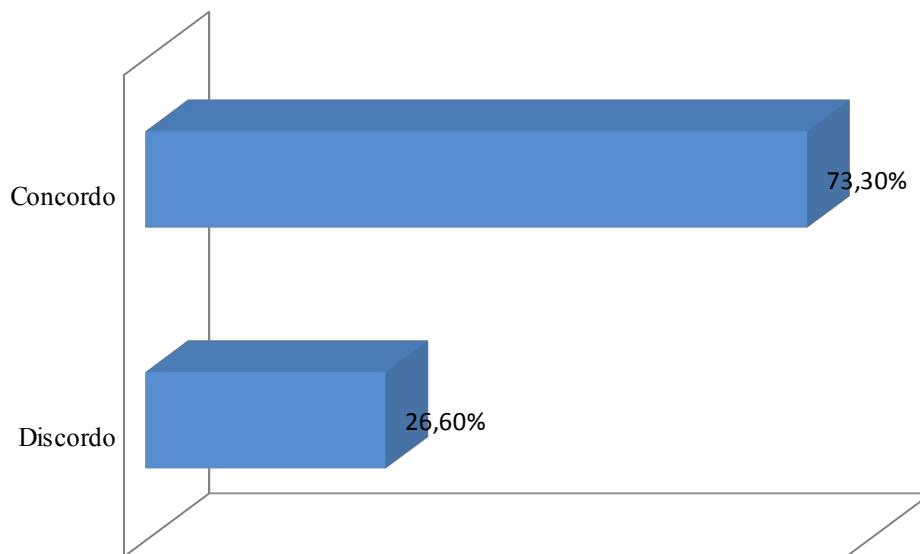
A maioria dos entrevistados (96,6%) indica um bom tratamento na sua permanência a clínica cirúrgica. Certamente isto influencia positivamente na promoção a saúde e recuperação, visto que a ideia biologicista foi superada pela integralidade do ser nesta situação.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

De acordo com Duarte e Noro (2010), a humanização da assistência possibilita levantar questões fundamentais que podem auxiliar na construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

O gráfico 5 torna explícito que 73,3% dos entrevistados mostraram-se satisfeitos quanto a atenção dedicada a estes. A escuta consiste em um item fundamental na rotina do ser humano, qualquer que seja área em que se deseja trabalhar. Sentir-se valorizado é imprescindível para que se gere segurança e tranquilidade nas relações interpessoais. No processo pré-operatório não seria diferente. Ouvir, sentir, perceber é essencial.



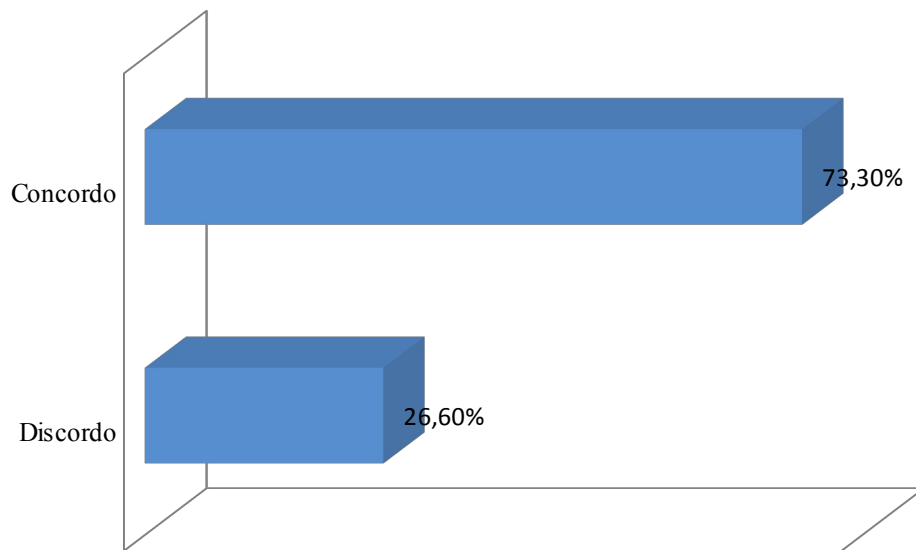
Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

De acordo com o gráfico acima, 96,6% dos entrevistados sentiram-se contemplados com o tratamento que lhes foi oferecido.

A assistência em enfermagem perpassa conceitos que vão muito além de produzir e reproduzir atividades pontuais, como medicações, preencher prontuários, entre outros. O cuidado humanizado exige o mínimo de sensibilidade do profissional para com os usuários, entendendo-os como seres ativos e coparticipes do processo de tratamento. Tratá-los com educação e cordialidade é fundamental para a geração de uma conduta satisfatória.

Nessa perspectiva, compreende-se que “a enfermagem é uma ciência que apresenta como essência e especificidade o cuidado ao ser humano, seja individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico” (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Gráfico 7. A equipe de enfermagem está sempre atenta ao meu conforto e bem estar. Mossoró/RN. Brasil, 2016.



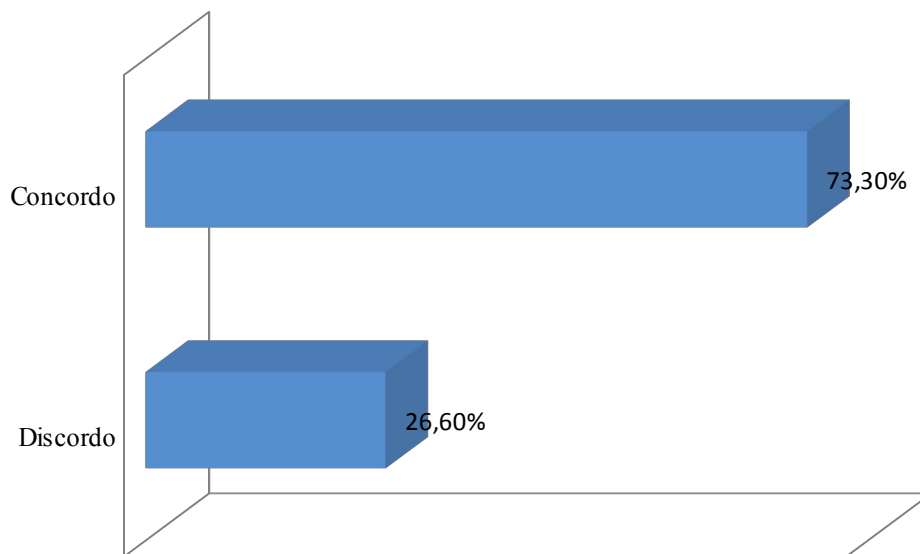
Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

É de responsabilidade da equipe de enfermagem promover o cuidado, educar, promover a saúde e a integridade do paciente, visto que é fundamental que ocorra uma comunicação dos profissionais e com os pacientes e familiares. Havendo um apoio psicológico e respeito a sua dignidade humana e promover o conforto.

A equipe de enfermagem deverá utilizar-se de todos os recursos disponíveis, para propiciar conforto e segurança ao paciente, porém como se observa no gráfico 7,26,6% dos usuários discordam terem desfrutado de conforto e bem estar neste período.

Pott *et al.* (2013) defendem que a prática de promover medidas de conforto é inerente à profissão do enfermeiro, e assim, imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade ao paciente, no entanto muitas vezes é minimizada frente às tecnologias presente em ambientes complexos. É por meio de medidas de conforto que os enfermeiros e sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade.

Gráfico 8. As condições ambientais favorecem ao meu tratamento. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



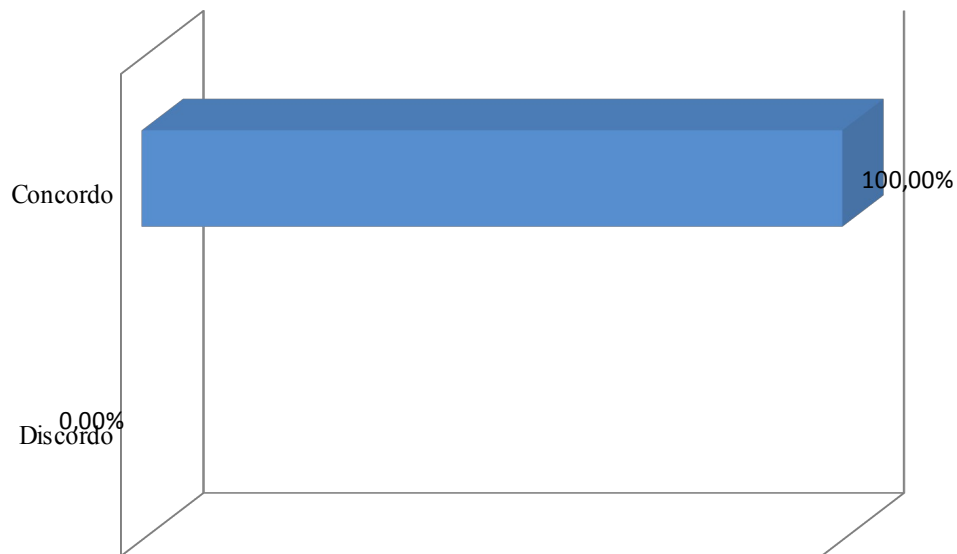
Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

O Ministério da saúde desenvolveu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013. Este objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. “A RDC/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Regulamenta aspectos da segurança do paciente como a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente”(BRASIL, 2017).

Não há dúvidas de que condições ambientais adequadas influenciam positivamente no tratamento de qualquer paciente em âmbito hospitalar ou mesmo domiciliar. Lamentavelmente, 26,6% dos entrevistados relataram não ter um ambiente propício para a sua recuperação, em contrapartida, 73,3% afirmaram condições favoráveis do ambiente.

O enfermeiro precisa garantir um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado, envolvendo, dentre outros, o meio ambiente físico e social. No entanto, apesar de este profissional preocupar-se com a manutenção desses recursos de modo a manter o ambiente seguro e de qualidade na promoção do cuidado ao cliente, o seu desempenho em prover a unidade com esses insumos nem sempre é o suficiente para mantê-la em pleno funcionamento (SILVA; ALVIM, 2010).

Gráfico 9. A instituição facilita o acesso a meus familiares e amigos, de acordo com, as normas de visitas. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



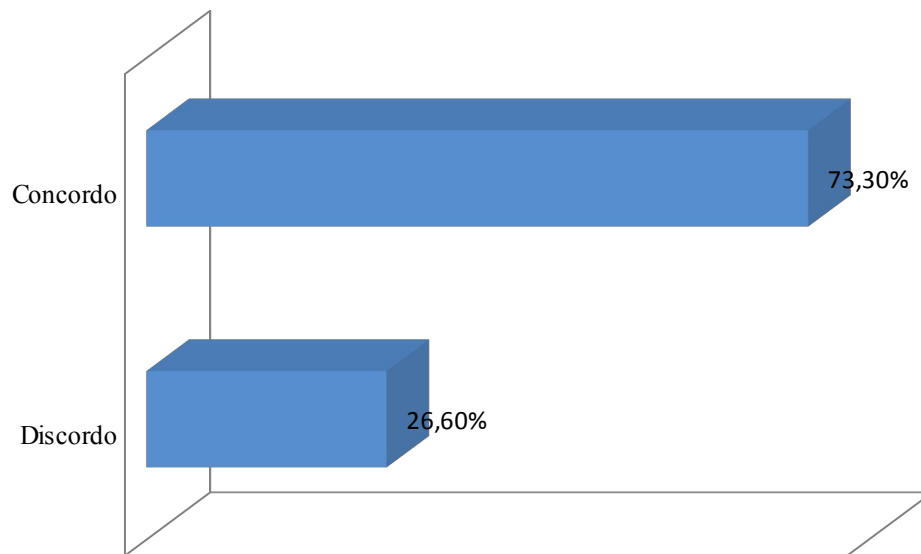
Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

É notável que a família careça também de cuidados, como por exemplo, deixá-los informados sobre o tratamento do paciente, sobre as próximas decisões que devem ser tomadas de acordo com a sua neoplasia “para tanto, faz-se necessário que a equipe planeje suas ações para intervir junto aos familiares no sentido de assegurar o acompanhamento das necessidades por eles manifestadas” (MARANHÃO *et al*, 2011).

A portaria N° 1.820, DE 13 de Agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde dispõem no seu Art. 4º: VI – o direito a acompanhante, nos casos de internações, nos caos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida; VII – o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvada as situações técnicas não indicadas (BRASIL, 2009).

A presença de familiares e cuidadores é substancialmente benéfica na promoção do bem estar e consequentemente recuperação do paciente. Apesar de no Centro Cirúrgico, via de regra, o usuário não poder usufruir de um acompanhante, é essencial que este exista no setor de internamento. Nesta perspectiva, a resposta foi positiva, visto que 100%, ou seja, todos os entrevistados apontaram que a instituição facilitou o acesso de seus entes durante o período de visitação.

Gráfico 10. Estou satisfeito quanto ao tratamento de enfermagem que recebi. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Em sua rotina de trabalho, a equipe de enfermagem está em tempo integral com o paciente e a família e tem condições de observar e intervir para minimizar situações de ansiedade e medo. Assim, recomenda-se que esteja sempre orientado e estimulando a participação da família para colaborar na recuperação do paciente. Conforme o gráfico acima 73,3% dos usuários está satisfeito com a atuação da enfermagem, enquanto que 26,6% discorda desta opinião.

A informação a respeito da satisfação do paciente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde e as percepções dos pacientes são vitais para a avaliação da qualidade e é por isto que elas devem ser pesquisadas com instrumentos adequados. MEZOMO (1993).

Oliveira e Guirardello (2006) relatam em pesquisa que nas últimas décadas, a satisfação do paciente tem sido considerada como um critério para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde. Isso ocorre não somente pelo fato da satisfação do paciente ser um fator importante para aumentar a demanda de serviços e ter efeitos na conduta dos profissionais que prestam o cuidado, mas também por ser considerado um indicador para avaliar a qualidade da assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa foi analisada a humanização da assistência em enfermagem cirúrgica, a partir da percepção dos usuários de um hospital público no município de Mossoró/RN. Conseguiu-se cumprir com os objetivos propostos de caracterizar o perfil social dos entrevistados; averiguar o conhecimento dos usuários acerca de humanização; avaliar o nível de satisfação dos usuários quanto ao atendimento prestado que lhes foi dedicado no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica e observar como se encontra o cenário da assistência em enfermagem cirúrgica no tocante à humanização na instituição pesquisada.

Ao longo do estudo, percebeu-se que valores como a ética, respeito e carinho são sentimentos que deixam o paciente tranquilo e seguro frente ao tratamento e prognóstico. Constatou-se ainda que, na visão dos entrevistados, o fator das condições físicas da unidade e poucos recursos materiais não são determinantes para concretizar ou não o processo de humanização no local.

A partir dos questionamentos realizados e da problematização trabalhada ao longo desta pesquisa, foram geradas novas reflexões: mediante as avaliações e respostas dos usuários, positivas para a concretização do cuidado humanizado, a população mostrou-se satisfeita (em sua maioria) em vários aspectos. Isto ocorre porque realmente a humanização está totalmente presente nos processos ou por desconhecimento de alguns direitos e questões relativas ao atendimento hospitalar na perspectiva deste objeto de estudo?

Existe a importância de sempre se pôr em pauta essa temática, pois a humanização é um tema atemporal e que necessita ser revisto e discutido com frequência, tanto no meio acadêmico, quanto no meio dos serviços de saúde, tanto pelos profissionais, quanto pelos próprios usuários refletindo acerca do que lhes é de direito, a partir dos seus deveres.

Dados científicos são necessários para embasar essas reflexões, portanto, almeja-se que esta pesquisa tenha suscitado e contribuído para a difusão de tão relevante conteúdo, gerando novos questionamentos e perspectivas para críticas, reflexões e novos estudos.

O presente estudo chamou ainda a atenção para a fragmentação do cuidado desde a formação dos profissionais de saúde, pois ainda existem profissionais que carecem de conhecimentos e preparo para realizar um trabalho multidisciplinar e humano, superando a teoria dos programas verticalizados. Assim, as instituições necessitam promover constantemente a educação permanente em saúde relacionada ao tema, além de estimular o cuidado humanizado como fator indispensável no cotidiano de quem cuida.

REFERÊNCIAS

- AMIN, Tereza Cristina Coury Amin. **O Paciente Internado no Hospital, a Família e a equipe de Saúde: Redução de sofrimentos desnecessários**. 125 f. Dissertação (Saúde pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARROS, A. G.; LIMA, K. Y. N.; SANTOS, V. E. P. Caracterização de teses e dissertações acerca do cuidar em enfermagem na oncologia. **R. pesq.: cuid. fundam. Online.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2550-2560, abr/jun. 2015.
- BATISTA, L. E. et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016.
- BEDIN, E. et al. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. Eletrôn. Enferm**, Goiania, v. 06, n. 03. p 10-15, 2004.
- BENEVIDES, R; PASSOS, Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. Rio de Janeiro, v. 9, n, p. 389-394, 2005.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.
- BOHOMOL, Elena; MELO, Eliana Ferreira de. Segurança em cirurgia e gestão de recursos físicos e humanos. In: GRAZZIANO, Eliane da Silva et al (Org.). **Enfermagem perioperatório e cirurgia segura**. São Paulo: Yendis, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa em seres humanos**. Resolução 466/2012. Disponível em: <conselho.saúde.gov.br/resoluções/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 26 set. 2016.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Promulgada em 05 de Outubro de 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 20 de Maio de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **HumanizaSUS- Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 18 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na atenção básica.** Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf Acesso em: 18 Out. 2016.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília 13 de Agosto de 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html> Acesso em: 20 de Maio de 2017.

BRASIL. **PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 1 de Abril de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 20 de Maio 2017.

BRASIL. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, jun.2000.
CAMPOS, G, W, S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. n.17, p. 398-403, 2005.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília/DF, v.66, n.4, p. 564-570, jul/ago., 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html Acesso em: 20 out. 2016.

CUMMINS, Robert A.; GULLONE, Eleonora. Why we should not use 5-point Likert scales: the case for subjective quality of life measurement. In. SECOND INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY OF LIFE IN CITIES, Singapore, 2000. **Anais...** Singapore, 2000.

DUARTE, M.L.C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31, n.4, o.685-692, dez. 2010.

enfermagem ao paciente crítico, **Rev Bras Enferm**, Brasília , v.66, n. 02,p. 174-9. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>>. Acesso em: 22 Mai. 2017.
FERREIRA, V. S. **Humanização da Assistência pela equipe de enfermagem hospitalar sob a óptica do cliente.** Monografia (Graduação em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Paulo. Ed. Difusão Paulista de Enfermagem. 463 p. 2002.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm.**, v. 4; n. 22; p. 428-33, 2009.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev. bras. enferm.*, v.59, n. 4, p. 532-536, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf> Acesso em:

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. 8. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GONDIM, Christianne Tavares; SOUZA, Mariana Furtado Barros de; ALBUQUERQUE, Nicelha M^a Guedes de. **Cuidado humanizado: Uma Prática Possível**. 2008.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Humanizacao das praticas do profissional de saude: contribuições para reflexao. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232010000100031>> Acesso em: 30 Out. 2016.

HERCOS, T. M. et al. O Trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, fev. 2014.

BATISTA, L. E. et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/humanizacao.htm Acesso em: 20 out. 2016

JUAN, Kelly de. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. **Psicol. hosp.** São Paulo, v.5, n.1, p. 48-59. 2007. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v5n1/v5n1a04.pdf> Acesso em:

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana M C. O sujeito coletivo que fala. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez.2006.

M EZOM O , João C. Qualidade na Relação Hospital - Paciente . Hospital - Administração e Sa úde, v. 1 7 , n . 1 , p . 1 7-2 1 , jan /fev. , 1 993.

MAGALHÃES, Juliana Barbosa. **A humanização na pratica de enfermeiros em uma unidade hospitalar de clinica médico-cirúrgica**. 102f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2008.

MARANHÃO, T. A. et al. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 29, n.2, p. 106-109, abr. 2011.

MENEGUETI, Mayra Gonçalves, et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf**, v, 15, n. 2, p. 551-563, 53 abr/jun. 2013. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf. Acesso em 20 jun. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: ed.HUCITEC, 2010.

NEULLS, Talita Fernandes. Humanização em saúde no Brasil: estudo dos Fundamentos Filosóficos da Política Nacional de Humanização. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., São Luiz, 2013. **Anais...** São Luiz: UFMA, 2013.

NOGIMI, Z. Fundamentos da Enfermagem In: PORTO, A. **Curso Didático de Enfermagem**. 4. Ed. São Caetano do Sul, SP: Yedis Editora, v. 1, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Humanização das Relações assistências**: a formação do profissional de Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de; MORAES, Clayton dos Santos; MARQUES NETO, Shana. Humanização no Centro Cirúrgico: a Percepção do Técnico de Enfermagem. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 43-49, set. 2012.

OLIVEIRA, Acácia Maria Lima; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev Esc Enferm USP**, SP, v. 40, n.01, p.71-7, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/21687/1/S0080-62342006000100010.pdf>. Acesso em: 15 Mai. 2017.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanizacao na assistencia a saude. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692006000200019> Acesso em: 30 Out. 2016.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.2, p.277-84, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, Nara Elizia Souza et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletrôn. Enferm**, Goiânia, v. 15, n. 02, p.334-42, 2013.

PELLICO, Linda Honan. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

POPOV, Débora Cristina S. Humanização no Centro Cirúrgico: ainda um desafio. **Rev. hospitais Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/blogs/centro-cirurgico-blogs/humanizacao-no-centro-cirurgico-ainda-um-desafio>. Acesso em: 12 Nov. 2016.

POTT, Franciele Soares et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Manual da humanização**. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/> Acesso em: 18 Out. 2016.

RODRIGUES, Diógenes Carlos. Humanização Hospitalar: Dos Primórdios à atualidade, um breve relato. **Rev. Eletr. Psicologado Artigos**, Jan. 2013.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira, et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery**, v. 20, n.1, p.48-54, Jan-Mar. 2016.

SANTOS, Marlene Cristina; RENNÓ, Cibele Siqueira Nascimento. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **RAS**, v.15, n.58, jan-Mar. 2013.

SILVA JÚNIOR, Severino Domingos da. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, out. 2014. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Volumes/15/1_Mensuração%20e%20Escalas%20de%20Verificação%20uma%20Análise%20Comparativa%20das%20Escalas%20de%20Likert%20e%20Phrase%20Completion.pdf Acesso em:

SILVA, Alexandre Augusto; BESSA, Carolina; LESSA, Fernanda. **Política Nacional de Humanização: o contexto histórico e jurídico**. 2013. Disponível em: <http://economiaemsaude.com.br/uploads/artigos-tcc/politica-nacional-de-humanizacao-o-contexto-historico-e-juridico.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

SILVA, Denise Conceição; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, m.3, p.427-434, maio-jun. 2010.

SILVA, Edna Lúcia. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4.ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOUZA, Emerson Bezerra de; GUEDES, Simone Alves Garcez. Humanização na Saúde: O Conhecimento e Aplicação da Técnica Encerram a Relação profissional-usuário. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v. 1, n.15, p. 89-98, out. 2012. Disponível em: Acesso em: 20 out. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Escola de Enfermagem Anna Nery.Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ 2010.

ZANARDO, Graziani et al. Enfermagem e Humanização. In: SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 10., Cruz Alta, 2010. **Anais...** Cruz Alta: UNICRUZ, 2010. Disponível em: http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/ENFERMAGEM%20E%20HUMANIZA%C3%87%C3%83O.pdf Acesso em: 20 out. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Sr (a),

Esta pesquisa tem como título **“OPERANDO O CUIDADO: A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM CIRÚRGICA SOB A VISÃO DO USUÁRIO”**.

Está sendo desenvolvida por Francisca Zildian de Queiroz (Pesquisadora Associada), aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE-RN sobre orientação da Professora Esp. Livia Helena Moraes de Freitas (Pesquisador Responsável). A pesquisa apresentada tem como objetivo geral: Analisar a humanização da assistência em enfermagem Cirúrgica, a partir da percepção dos usuários de um hospital público no município de Mossoró/RN, e como objetivos específicos: Caracterizar o perfil social dos entrevistados; Averiguar o conhecimento dos usuários acerca de humanização; Avaliar o nível de satisfação dos usuários quanto ao atendimento prestado que lhes foi dedicado no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica; Observar como se encontra o cenário da assistência em enfermagem cirúrgica no tocante à humanização na instituição pesquisada.

A realização desse estudo conta com a sua participação, desta forma solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma a qualquer momento, sem dano algum.

Os dados serão coletados através de uma entrevista semiestruturada e escala de likert, elaborada de acordo com a temática pesquisada. Posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso e poderá ser publicado, no todo ou em parte, em eventos científicos, periódicos, revistas e outros, tanto a nível nacional e internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que os riscos mínimos que poderão acontecer é o desconforto nos entrevistados por não saber responder as questões norteadoras.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, a senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. E estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

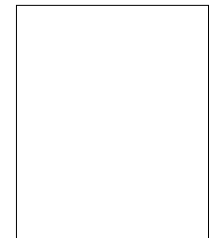
Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

Eu, _____,
concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos seus objetivos e da sua finalidade, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/2017.

Prof. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)
(PESQUISADORA RESPONSÁVEL)

Participante da Pesquisa / Testemunha



Impressão datiloscópica
do participante

Endereço Profissional do Pesquisador Responsável: Avenida. Presidente Dutra, 701 – Alto de São Manoel, Mossoró/RN. CEP: 59.628-800 Tel. (84) 3312-0143. Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro: Gramame – João Pessoa –Paraíba – Brasil. CEP: 58.067-695 – Fone: +55 (83) 2106-4790. E-mail: CEP@facene.com.br

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

I - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**A – PERFIL DOS USUÁRIOS:****1. SEXO:**

() Feminino () Masculino

2. IDADE: _____ anos**3. ESTADO CIVIL:**

() Casada(o) () Solteira(o) () Divorciada(o) () Outros

4. GRAU DE ESCOLARIDADE:

() Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-Graduação

B – QUESTÕES RELACIONADAS À HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. O que você entende por humanização?
2. Como foi o seu tratamento pela enfermagem durante o seu processo de cirurgia e após o procedimento? Do que você mais gostou e o que menos gostou?
3. Você tem alguma sugestão quanto ao atendimento que lhes foi prestado? Sentiu falta de alguma coisa?

II – ESCALA DE LIKERT

ÒTICA DO USUÁRIO QUANTO AO SEU ATENDIMENTO NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO

Assinale as opções a seguir de acordo com seu nível de autonomia quanto aos itens correlacionados:

Marque com um X as opções de 1 a 10	ANALISANDO A HUMANIZAÇÃO				
	TotalmenteDiscordo	ParcialmenteDiscordo	nem discordo Não concordo	ParcialmenteConcordo	TotalmenteConcordo
AFIRMAÇÕES					
1.Recebi informações necessárias sobre a minha cirurgia pela equipe de enfermagem.					
2. A equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico me proporcionou um bom acolhimento.					
3. Fui bem orientado e me senti seguro durante a cirurgia.					
4. A enfermagem me recebeu bem na Clínica Cirúrgica.					
5. Senti que fui atendido e ouvido sempre que precisei.					
6. Fui tratado por todos com cordialidade.					
7. A equipe de enfermagem está sempre atenta ao meu conforto e bem estar.					
8. As condições ambientais favorecem ao meu tratamento.					
9. A instituição facilita o acesso a meus familiares e amigos, de acordo com as normas de visitas.					
10. Estou satisfeito quanto ao tratamento de enfermagem que recebi.					

ANEXOS



**Escola de Enfermagem Nova Esperança
Ltda.**

Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova
Esperança – CEM, da Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança, - FACENE, da Faculdade de Medicina Nova
Esperança – FAMENE e da

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Ordinária realizada em 12 de abril 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado “**OPERANDO O CUIDADO: A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM CIRÚRGICA SOB A VISÃO DO USUÁRIO**”, Protocolo CEP: 75/2017 e CAAE:

66835417.0.0000.5179. Pesquisadora Responsável: LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS e das Pesquisadoras Associadas: FRANCISCA ZILDIAN DE QUEIROZ; JOSELINE PEREIRA LIMA; SARAH AZEVÊDO RODRIGUES CABRAL.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 20 de Abril de 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE