

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO AMBIENTE
HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

NILDE RESPLANDES DOS SANTOS

GOIÂNIA

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

NILDE RESPLANDES DOS SANTOS

**HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO AMBIENTE
HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

GOIÂNIA

2007



Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo à Universidade Federal de Goiás – UFG a disponibilizar gratuitamente através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/UFG, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor(a):	Nilde Resplandes dos Santos				
RG:	2638463-SSP-GO	CPF:	248117502-68	E-mail:	nilderesplandes@terra.com.br
Afiliação:	Maria de Jesus Resplandes dos Santos e Justino Pereira dos Santos				
Título:	Humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um hospital universitário				
Palavras-chave:	Enfermagem, Ética, Cuidado Centrado no Paciente, Humanização da Assistência Hospitalar.				
Título em outra língua:	Care Humanization in hospital settings: perceptions of nurses working at a school hospital				
Palavras-chave em outra língua:	Nursing, Ethics, Patient-centered care, Humanization of hospital assistance.				
Área de concentração:	Cuidado em Enfermagem				
Número de páginas:	163	Data defesa:	12 de dezembro de 2007		
Programa de Pós-Graduação:	Mestrado - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás				
Orientador(a):	Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo				
CPF:	862950988-00	E-mail:	bethesper@yahoo.com.br		

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para publicação?¹ total parcial

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: _____

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF desbloqueado da tese ou dissertação, o qual será bloqueado antes de ser inserido na Biblioteca Digital.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos conteúdo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua publicação serão bloqueados através dos procedimentos de segurança (criptografia e para não permitir cópia e extração de conteúdo) usando o padrão do Acrobat Writer.

Assinatura do(a) autor(a)

Data: 18/02/2008

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

NILDE RESPLANDES DOS SANTOS

**HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO AMBIENTE
HOSPITALAR: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Linha de Pesquisa: O Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a. Elizabeth Esperidião Cardozo

GOIÂNIA

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)**

Santos, Nilde Resplandes dos.
S237h **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar : percepção de enfermeiros de um hospital universitário / Nilde Resplandes dos Santos. – Goiânia, 2007.**
162f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Esperidião Cardozo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, 2007.

Bibliografia: f. 149-159.
Inclui apêndices.

1. Enfermagem 2. Humanização na saúde 3. Qualidade de vida no trabalho 4. Hospitais universitários – Ambiente hospitalar 5. Enfermeiros – Assistência hospitalar. I. Cardozo, Elizabeth Esperidião. II. Universidade Federal de Goiás, **Faculdade de Enfermagem**. III. Título.

CDU: 616-083

FOLHA DE APROVAÇÃO

NILDE RESPLANDES DOS SANTOS

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Linha de Pesquisa: O Processo de Cuidar em Saúde
e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a. Elizabeth Esperidião Cardozo

Aprovado em 12 de dezembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Esperidião Cardozo Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Vanessa da Silva Carvalho Vila Assinatura: _____

Instituição: Universidade Católica de Goiás

Prof^a. Dr^a. Virginia Visconde Brasil Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

A vocês, dedico mais essa conquista em minha vida. Muito obrigada por fazerem parte dela...

*A uma mulher simples, anônima, sem títulos, mas dona de profunda sabedoria e de nobreza admirável. Apesar da viuvez precoce e a criação de seis filhos, seu amor a Deus e à família a fizeram vencer as adversidades da vida de maneira gloriosa em busca de seus sonhos e ideais. Instruiu sua família nos princípios da ética cristã e a fez acreditar que na vida é possível abrir caminhos, romper barreiras, ultrapassar limites e vencer. Ela é um grande exemplo de fé, amor, coragem, determinação, retidão e perseverança. Ao seu lado, aprendi que os desafios são vencidos com paciência, humildade, persistência, responsabilidade e atitude. Com certeza o seu cuidado fez de mim uma pessoa melhor. Esta mulher extraordinária é a **Sra. Maria de Jesus, minha mãe.***

*Aos meus queridos irmãos, que mesmo estando distantes, estão sempre presentes na minha vida, sei que vocês torceram muito por mim. Em especial a minha irmã, Enfermeira **Vilma Resplandes**, por orientar meus primeiros passos na profissão.*

*Aos meus colegas enfermeiros, **participantes deste estudo**, que foram disponíveis, compreensíveis e atenciosos ao compartilharem suas experiências na profissão. A concretização deste trabalho foi possível, porque vocês se dispuseram a construí-lo conosco.*

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que seguraram minha mão nos momentos de desânimo e cansaço, renovando minhas forças e fazendo-me acreditar que poderia continuar. Neste espaço, venho expressar minha eterna gratidão a essas pessoas especiais que Deus colocou em minha vida, embora, reconheço que a dádiva, a virtude e o sentimento que envolve a gratidão vêm da alma e somente palavras não conseguem expressá-la.

*Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, meu rochedo, minha fortaleza e fonte de inspiração. A sua presença, o seu amor e seu cuidado para comigo permitiu mais essa conquista. Eu te louvo, honro e bendigo por tudo que tens feito na minha vida. “Porque Dele, por Ele, para Ele, são todas as coisas; glórias, pois a Ele eternamente” (Romanos, 11:36).*

*À **Profª Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo**, minha orientadora, pela presença, paciência, respeito, tranqüilidade e competência na construção deste trabalho. Obrigada por aceitar esse desafio e compartilhar seus conhecimentos comigo. A você meu carinho, respeito e admiração.*

*À **Profª Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila**, pela amizade, pelo carinho e pela credibilidade depositada em mim. Minha eterna gratidão por contribuir com o meu aprimoramento profissional, desde a época da graduação até a finalização deste trabalho. Suas palavras de incentivo e suas orientações por todos esses anos me trouxeram cada vez mais experiência e amadurecimento pessoal e profissional. Sua postura ética, justa e humana é um exemplo a ser seguido.*

*À **Profª Dra. Virginia Visconde Brasil** pelas valiosas contribuições na construção deste estudo, por disponibilizar-me precioso material relativo ao “cuidado” e ser exemplo de profissional que cuida com sensibilidade, competência e responsabilidade.*

À **Profª. Dra. Denize Bouttelet Munari**, pelo carinho e disponibilidade com que me recebeu na pós-graduação e pela competência durante sua gestão neste programa. Muito obrigada pelo incentivo e expressiva contribuição na construção deste trabalho em todas suas etapas.

À **Profª Dra. Maria Márcia Bachion**, pelo constante incentivo e pela competência profissional na direção do programa de pós-graduação. Aproveito este espaço para expressar a admiração que tenho por você.

Ao **corpo docente, técnico e administrativo** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFG por proporcionar condição positiva para o meu crescimento pessoal e profissional. Se hoje me considero uma profissional melhor, devo muito a vocês.

Ao **corpo docente** da Universidade Católica de Goiás, por orientar meus primeiros passos na pesquisa e acreditar no potencial dos seus alunos.

Ao **Dr. Ernei de Pina**, pelo seu valioso apoio, por ocasião da minha graduação, sem o qual não teria chegado até aqui.

Às **Enf^{as} Regina Célia, Glaucy Sakai, Sandra Valéria e Paola**, minhas primeiras colegas de trabalho, pelo incentivo constante na minha trajetória acadêmica e pela receptividade carinhosa no grupo. A vocês meu respeito e carinho.

Aos **Prof^{os}** da disciplina de UTI da Universidade Católica de Goiás, **Edna, Sílvio, Sandra Diniz e Vanessa**, pelo apoio e compreensão nos momentos em que não pude estar presente, na época em que estávamos juntos.

Aos meus **colegas enfermeiros** do pré-hospitalar SIATE/SAMU, pelo incentivo e disponibilidade em sempre ajudar nos momentos que precisei. Em especial à **EnfªVanusa** (Coordenadora de Enfermagem do SIATE) pela compreensão nas ocasiões que necessitei ausentar-me do plantão para cumprir minhas atividades no mestrado e à **EnfªBrenda**, minha companheirinha fiel de plantão, que cuida sempre de toda a equipe.

À Diretoria de Enfermagem do Hospital das Clínicas, **Enf^{as} Maria Alexandrina Nogueira e Maria Alice Coelho**, pelo incentivo e parceria na realização deste estudo.

À **equipe de enfermagem** da UTI-Cirúrgica do Hospital das Clínicas, pelo incentivo e apoio sincero. Especialmente aos meus gerentes, **Enf^o Carlos Caixeta, Enf^{as} Fernanda Alves e Suzana Xavier** (gerentes substitutas) pelo apoio e compreensão em facilitar minha vida acadêmica.

À **Enf^a Madalena Borges**, minha “eterna professora” pelo extraordinário exemplo de profissional competente, ética e humana. Seus ensinamentos foram fundamentais para meu aprimoramento pessoal e profissional. Você é uma pessoa iluminada por Deus e sem dúvida, uma professora no sentido profundo da palavra.

As minhas amigas enfermeiras, **Ana Paula, Clarice, Edivalda, Jacqueline Andréia Fernanda Alves e Ana Lúcia**, muito obrigada pelo apoio que sempre recebo de vocês. Recebam o meu carinho.

À **Enf^a Ms. Karina Suzuki**, pelo incentivo e disponibilidade em contribuir com este estudo.

Aos meus **colegas da pós-graduação** pela oportunidade de conviver e compartilhar momentos árdusos e alegres na nossa caminhada.

Aos meus ex-professores e agora colegas de trabalho **Enf^{os} Eric e “Tio” Wilson**, pela atenção e carinho com que me receberam no HC e pela credibilidade depositada em mim.

Aos meus **amigos** e a minha grande família: **tios, primos e sobrinhos**, pelo torcida sincera e apoio incondicional.

Saga do Hospital

*[...] E o hospital virou uma empresa rentável.
Altamente rentável. Como todas as grandes empresas.
E o objetivo maior do hospital deixou de ser o paciente.
O lucro, dentro do verdadeiro espírito do capitalismo selvagem
Tornou-se a razão de tudo. Inclusive de delicadas cirurgias.
E o paciente foi coisificado. E, de seus sintomas, extraíram-se
grandes fortunas.*

*[...] E a vida que palpita nas manhãs primaveris
Agoniza nas paredes e nos corredores sombrios da empresa hospitalar
E o hospital partiu em busca da humanização
Solidão, vazio, lágrimas, sufoco e desespero d'alma.
A agonia da morte e o sofrimento da dor.
E o paciente gritou pelo fim da coisificação.*

*E o amor, amor que ainda insiste em existir apesar do capitalismo,
Volta aos hospitais nessa busca de humanização.
E a dor, dor que nas entranhas da alma torna-se o vôo isolado
Do condor, torna-se vida e cor.*

*[...] E o sonho, sonho que traz a esperança em forma de
Ilusão, espera o dia em que o "capital" deixará o hospital.
E, nesse dia, os doentes serão tratados como seres humanos.
E haverá, no hospital, lugar e respeito a todos que acreditam
No amor e na humanização do paciente...*

Valdemar Augusto Angerami

RESUMO

SANTOS, N. R. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um hospital universitário**. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

A humanização da assistência em saúde é um tema emergente que vem sendo discutido há décadas e nos últimos anos essas discussões têm se intensificado no sentido de tornar efetivas as ações do cuidado valorizando a condição humana. Consideramos o enfermeiro elemento-chave para a visibilidade do cuidado humanizado no ambiente hospitalar por ser um profissional sensível à percepção da subjetividade do paciente e por ter o cuidado solidificado em valores ético-humanistas como razão existencial da profissão. Este estudo, de natureza descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, teve como objetivo geral analisar a concepção sobre cuidado humanizado pelos enfermeiros que atuam na assistência hospitalar. Foi desenvolvido em um hospital universitário, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, com a participação de 27 enfermeiros atuantes na assistência direta à pessoa internada. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semi-estruturada e foram submetidos à análise temática de conteúdo. Dessa forma, foram construídas quatro categorias principais e subcategorias, que revelaram a percepção dos participantes sobre a humanização do cuidado no contexto hospitalar, assim nomeadas: *concepção do cuidado humanizado*; *concepção de cuidador na perspectiva da humanização da assistência*; *o paradoxo do cuidado humanizado no ambiente hospitalar*; *ressonâncias do Projeto de Educação Permanente sobre conceitos e práticas relativos ao cuidado humanizado*. Ao finalizarmos este estudo, verificamos que os enfermeiros têm percepções diversas sobre a temática, correlacionando, entretanto, o cuidado humanizado ao holismo na assistência ao paciente. Os princípios ético-humanistas foram apontados pela totalidade dos entrevistados ao expressarem a humanização do cuidado relacionada a sentimentos de amor, empatia, presença, comunicação e atenção. Identificaram na instituição, vários aspectos que favorecem ou dificultam a efetividade do cuidado humanizado, entretanto, destacaram a disponibilidade interna do profissional e a valorização dele na sua dimensão humana, por meio do respeito e diálogo simétrico entre os trabalhadores e gestores como determinantes para processo de humanização. Apresentamos o Projeto de Educação Permanente da instituição, que tem entre seus objetivos, discutir a humanização da assistência no âmbito hospitalar como uma iniciativa importante que possibilita mudanças de conceitos e atitudes dos profissionais frente ao cuidado dos pacientes. Dessa forma, alguns resultados foram analisados no sentido de apontar a contribuição desse projeto na construção de conceitos e práticas relativas à humanização do cuidado entre os enfermeiros que participaram de suas atividades. De modo geral, no transcorrer da pesquisa, vimos que a instituição conta com profissionais de enfermagem comprometidos, responsáveis, sensíveis e motivados a contribuir no sentido de tornar efetiva a prática do cuidado humanizado. Pensando na complexidade do processo da humanização da assistência, temos a clareza que implementar o cuidado humanizado no ambiente hospitalar, requer uma longa

trajetória, que demanda estratégias exitosas, nem sempre fáceis, mas possíveis de serem alcançadas.

Descritores: Enfermagem, Ética, Cuidado Centrado no Paciente, Humanização da Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

SANTOS, N. R. **Care Humanization in Hospital Settings: perceptions of nurses working at a school hospital**. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

Humanizing healthcare assistance has become an emergent theme being discussed over decades, and in the most recent years such debates have become more intense regarding how to take more effective actions on care by valuing the human condition. Nurses are considered a key element to visibility of humanized care in the hospital setting due to their sensitivity to the perception of patient's subjectivity and for having the sense of care solidified under ethical humanistic values as the existential reason of their profession. This is a qualitative descriptive exploratory study aimed at analyzing the concept on humanized care the nurses working in hospital assistance have. It was conducted in a school hospital, located in Midwestern Brazil, with the participation of 27 nurses acting on inpatients direct assistance. Data was collected through semi-structured individual interviews and were submitted to the content thematic analysis. Thus, we have come up with four main categories and their subcategories revealing the respondents' perception concerning care humanization in the hospital context, namely: *conception of humanized care; caregivers' conception under the humanized assistance perspective; the paradox of the humanized care in the hospital setting; echoes of the Permanent Education Project on relative practice and concepts to the humanizado care*. By the end of this study, we have noticed that nurses have various perceptions concerning this issue, correlating, however, the humanized care to holistic approach regarding patients' assistance. The ethical humanistic principles were described by all the respondents when expressing humanization of care related to feelings such as love, empathy, presence, communication, and attention. They identified at the institution several aspects favoring or making it harder the effectiveness of humanized care, however, they have stressed the internal availability of staff and their valuing in the humane dimension, through symmetric respect and dialogue between workers and managers as determinant to humanizing process. We present the continuing education project of the institution which aims at discussing the humanization of assistance in the hospital ambit as an important initiative enabling changes in staff concepts and attitudes in what patient care regards. Thus, some outcomes have been assessed so that these project contributions can be highlighted in the construction of concepts and practices related to humanizing care among nurses participating in such activities. In general, throughout the research we could see that the institution can count on committed, responsible, sensitive nurses motivated to contribute to the effectiveness of humanized care. Thinking about the complexity of the assistance humanization process, we become aware that implementing humanized care in the hospital setting requires a long way demanding successful strategies, not always easy, but feasible.

Descriptors: Nursing, Ethics, Patient-centered care, Humanization of hospital assistance.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	15
2- OBJETIVOS	26
3- A ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR	28
3.1- A construção do conceito de cuidado e do cuidado de enfermagem: uma aproximação	30
3.1.1- O cuidado para a enfermagem	36
3.2- Humanização do cuidado no ambiente hospitalar: conceitos, tendências e políticas	45
3.2.1- A Política Nacional de Humanização e a assistência hospitalar	53
4- METODOLOGIA	65
4.1-Tipo do estudo	66
4.2- Cenário do estudo	67
4.3- Participantes do estudo	68
4.4- Estratégias para coleta de dados	69
4.5- Responsabilidade ética	71
4.6- Análise dos dados	72
5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	74
5.1- Apresentação do perfil profissional dos participantes do estudo	77
5.2- Percepção dos enfermeiros quanto à humanização do cuidado no contexto hospitalar	79
5.2.1- Concepção do cuidado humanizado	79
5.2.1.1- Cuidado holístico	80
5.2.1.2- Valorização do profissional	85
5.2.1.3- Vivências do cuidado humanizado	88
5.2.2- Concepção de cuidador na perspectiva da humanização da assistência	98
5.2.2.1- Autopercepção enquanto cuidador	99
5.2.2.2- Atitudes pessoais para o cuidado humanizado	105
5.2.3- O paradoxo do cuidado humanizado no ambiente hospitalar	110
5.2.3.1- Disponibilidade interna do profissional	111

5.2.3.2- A gestão e a organização do trabalho	120
5.2.4 - Ressonâncias do Projeto de Educação Permanente sobre conceitos e práticas relativos ao cuidado humanizado	132
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES	158
ANEXO	161

1 - INTRODUÇÃO

O cuidado é uma arte sagrada que chama os profissionais e as sociedades para uma vida profunda, uma comunhão com o outro, movendo-nos em direção ao nascimento de uma vida espiritual dentro de cada um de nós, a uma unidade sagrada e fundamental com toda a vida.
Marylyn Ray

A humanização do cuidado ao ser humano no ambiente hospitalar tem sido uma preocupação constante na nossa vida enquanto ser-pessoa e ser-profissional. O interesse em compreender o ser humano e atendê-lo em suas múltiplas dimensões no momento de doença e internação intensificou-se nos tempos da graduação em enfermagem, quando iniciamos as aulas práticas de assistência à pessoa hospitalizada.

No nosso primeiro dia na enfermaria de um hospital presenciando a dor e sofrimento dos pacientes e observando os cuidados a eles dispensados pela equipe de enfermagem, percebemos que, de modo geral, os aspectos subjetivos à vida humana não eram valorizados, uma vez que o cuidado àqueles pacientes incluía apenas as atribuições técnicas do profissional, relacionadas aos aspectos físicos do cuidar.

Essa situação nos incomodava sobremaneira, na medida em que percebíamos o distanciamento entre os aspectos teóricos do cuidado fundamentado em bases humanistas e a prática da assistência de enfermagem observada. Nossa formação acadêmica e nossos princípios e valores existenciais nos estimulavam a valorizar o cuidado, objetivando atender a pessoa na sua totalidade. Sendo assim, tínhamos a compreensão de que as pessoas internadas precisavam mais do que uma assistência técnica especializada; precisavam de contato mais próximo com aqueles que prestavam a assistência e um cuidado em que a atenção e o carinho fossem também valorizados.

No intuito de compreender como os pacientes percebiam o cuidado pela equipe de enfermagem e contribuir com estes profissionais para a valorização dos aspectos subjetivos da dimensão humana no cuidado, no final do Curso de Graduação em Enfermagem desenvolvemos uma pesquisa com pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva (SANTOS; LEMOS, 2001). Posteriormente, desenvolvemos outro trabalho por ocasião da Especialização em Enfermagem em Cardiologia, abordando a mesma temática, mas desta vez, centrada nos familiares dos pacientes, o que se constituiu em um outro olhar extremamente importante sobre a humanização do cuidado (SANTOS et al., 2005).

Desenvolver essas pesquisas foi muito gratificante, uma vez que ouvir os pacientes e seus familiares sobre os seus sentimentos em relação ao cuidado recebido pela equipe de enfermagem, nos possibilitou melhor compreensão acerca do cuidado humanizado e mostrou a importância do profissional se fazer presente na ação do cuidar, para que o paciente se sinta seguro nesse momento em que se encontra fragilizado.

Essas experiências, somadas à nossa trajetória profissional enquanto enfermeira assistencial em um hospital público universitário, onde vivenciamos a rotina e todos os percalços que envolvem a internação de um paciente, nos fizeram amadurecer em relação a algumas questões referentes à humanização do cuidado, as quais têm se constituído diretrizes do nosso trabalho.

Apesar de entendermos que seja um desafio, estamos mais convictas de que o resgate dos valores humanísticos no ambiente hospitalar depende muito de uma enfermagem comprometida com seus princípios e valores éticos no processo do cuidado.

No contexto assistencial brasileiro a humanização do cuidado tem sido

um tema emergente, visto que os valores ético-humanistas preconizados para a assistência à saúde, os quais também são defendidos pela enfermagem parecem estar muito mais no âmbito teórico. Presenciamos poucas situações que os profissionais demonstram compreensão, respeito à individualidade do paciente e preocupação com seus sentimentos, atitudes que revelam o sentido do cuidado. Essa situação nos leva a inferir que boa parte dos profissionais de enfermagem não consegue lidar com a dimensão subjetiva no cuidado. Parece que o preparo dos enfermeiros para trabalhar com tais concepções, ainda é um grande desafio do processo de formação profissional.

Para muitos, a sensação do “dever cumprido” no final do plantão advém de terem feito todas as medicações e cuidados prescritos, as anotações e evoluções de enfermagem devidamente (ou não) registradas, demonstrando que essas ações são mais valorizadas no seu cotidiano. Sem dúvida, essas atividades também são necessárias para o cuidado humanizado, mas o valor a elas atribuído não deve sobrepor ao valor do cuidado centrado na totalidade pessoa.

O cuidado técnico, mecanicista, ainda é supremo no ambiente hospitalar, apesar de nos últimos tempos muito se falar, analisar e debater sobre a mecanização do cuidar e sobre o avanço tecnológico nos ambientes hospitalares e na assistência à saúde (BARNARD; SANDELOWSKI, 2001; CAPRA, 2001; PURNELL, 1998).

Na opinião de Padilha & Kimura (2000), quando o paradigma tecnológico prevalece, há distanciamento da abordagem holística da assistência e, conseqüentemente, os profissionais e pacientes descaracterizam-se, perdem seu potencial enquanto pessoas, fazendo com que nenhum tipo de vínculo se estabeleça, descaracterizando, por sua vez, o cuidado humanizado.

O cuidado humanizado está embutido em valores, os quais priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos. Portanto, a busca está dentro de cada um e não no exterior, sendo um processo de intenso desenvolvimento e conscientização. Na enfermagem, o cuidado é genuíno e peculiar e constitui-se sua razão existencial (WALDOW, 1995).

Vila & Rossi (2002) consideram que a humanização do cuidado deve fazer parte da filosofia da enfermagem, a qual irá conduzir o pensamento e as ações profissionais do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana.

A humanização do cuidado é um tema que vem sendo discutido há décadas, e nos últimos tempos estas discussões têm se intensificado. A literatura retrata vários estudos com reflexões significativas quanto à abordagem do assistir em saúde que valoriza a condição humana (AMORIM, 1979; BARCELOS; ALVIM, 2003; BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2006; BEZERRA, 1998; MARTIN, 2006; MATSUDA et al., 2007; MEDINA; BACKES, 2002; MENDES, 1994; OLIVEIRA, 1991; OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006; PESSINI; BERTACHINI, 2006; ROCKENBACH, 1985; SILVA, M., 2000; SOUZA; SILVA; SALEH, 2005; VILA; ROSSI, 2002; WALDOW, 2001).

Apesar de todo movimento defendendo um modelo de assistência ético-humanista na saúde, especialmente no ambiente hospitalar, é possível presenciar inúmeras dificuldades quanto à sua prática. As instituições hospitalares, na sua grande maioria, encontram-se em situações críticas, com deficiências de materiais e recursos humanos qualificados, tanto do ponto de vista técnico, quanto do ponto de vista humano, comprometendo a assistência à saúde, e conseqüentemente, o cuidado de enfermagem.

Diante dos inúmeros problemas referentes à pouca atenção oferecida aos aspectos subjetivos da atividade assistencial nos hospitais, mais uma bandeira foi levantada para humanizar o atendimento, quando o Ministério da Saúde tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Esses profissionais elaboraram o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que objetivou promover a mudança da cultura no atendimento. Posteriormente, esse programa foi vinculado à Política Nacional de Humanização, também denominada HumanizaSUS (BRASIL, 2000, 2004).

Na instituição hospitalar onde desenvolvemos esta pesquisa, o HumanizaSUS foi implantado em abril de 2004, com inúmeras propostas para a melhoria da qualidade da assistência ao usuário e das condições de trabalho dos servidores.

Vale ressaltar que, anteriormente ao HumanizaSUS, a proposta de uma assistência humanizada no referido hospital já havia sido traçada por meio de sua missão, que estabelece: promover *assistência humanizada* de excelência à saúde do cidadão, integrando as políticas públicas de saúde, servindo de campo moderno e dinâmico para ensino, pesquisa e extensão. De igual forma, a Diretoria de Enfermagem da instituição também apresenta como missão da categoria, a *assistência humanizada* e de qualidade, buscando atingir excelência no cuidar, interrelacionando o campo do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem, contribuindo para o crescimento institucional².

No sentido de viabilizar a qualificação da equipe de enfermagem para a construção coletiva de um modelo de assistência preconizado pela instituição, a

² Informações contidas em documentos oficiais da instituição hospitalar em estudo.

Diretoria de Enfermagem desse hospital vem trabalhando há longa data e nos últimos anos estabeleceu parceria com uma faculdade de enfermagem do município, objetivando construir um projeto de educação permanente voltado para os profissionais de enfermagem. As atividades relativas a esse projeto, tiveram seu marco inicial em 2004, com o curso “Desenvolvimento de Competências e Habilidades para Operacionalização do Processo de Enfermagem na Prática Assistencial”, com carga horária de 200 horas. O objetivo principal desse curso foi desenvolver o potencial dos enfermeiros para a adoção da Sistematização da Assistência de Enfermagem no âmbito da instituição, visando a promoção do cuidado humanizado.

No ano seguinte, o curso se estendeu também para os técnicos e auxiliares de enfermagem, em turmas distintas dos enfermeiros. Atualmente, o curso denomina-se “Desenvolvimento de Competências e Habilidades para Operacionalização do Processo de Enfermagem no Trabalho em Equipe” e é oferecido conjuntamente para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo divididos apenas nos momentos em que os temas são específicos e exclusivos às competências do profissional enfermeiro.

No intuito de sensibilizar os profissionais para a prática do cuidado humanizado, o conteúdo programático aborda, além de questões técnicas relativas à assistência de enfermagem, discussões sobre as políticas públicas de saúde incluindo o HumanizaSUS, bioética no atendimento em saúde e no cuidado de enfermagem, ações de enfermagem no contexto grupal e ainda uma oficina, cujo nome é: “vivenciando o cuidado humanizado”.

Além desse curso, outras atividades, inseridas no projeto de educação permanente foram desenvolvidas como estratégias de educação, dentre as quais

destacamos as Oficinas Geral I e II³. Apesar de ser uma proposta institucional, a participação dos profissionais nas atividades do projeto é de caráter voluntário, ou seja, o profissional é convidado pela diretoria de enfermagem por meio de sua gerência direta, e aqueles que aceitam o convite são inscritos nas atividades. Tem sido observada até o momento uma significativa adesão dos profissionais às atividades do projeto.

É oportuno informar que atualmente os parceiros desse projeto de educação permanente elaboraram um projeto de pesquisa³ que tem entre os seus objetivos específicos, avaliar o impacto da educação permanente nas concepções dos trabalhadores acerca da humanização do atendimento em saúde, do qual parte desse estudo vai se ocupar.

Abordamos o projeto de educação permanente dessa instituição com o intuito de apresentá-lo como mais uma iniciativa da Diretoria de Enfermagem para desencadear reflexões sobre a humanização do cuidado junto aos profissionais de enfermagem, a fim de favorecer mudanças concretas no processo do cuidar.

Na instituição em estudo, por causa do investimento já realizado e das atividades que têm sido desenvolvidas para a melhoria da qualidade da assistência oferecida ao paciente, sobretudo à prática de enfermagem com ações mais humanistas, seria esperado que as atitudes profissionais frente aos pacientes dessa

² Foram dois encontros realizados nos anos de 2005 e 2006 entre os idealizadores do projeto de educação permanente e a equipe de enfermagem da instituição. Esses encontros mobilizaram quase a totalidade dos profissionais de enfermagem do hospital. Nessas ocasiões, foram discutidas e apresentadas propostas para melhoria na qualidade do serviço de enfermagem pela própria equipe de enfermagem de cada setor do hospital, num clima amistoso, permeado por momentos lúdicos e de recreação, favorecendo o entrosamento entre os participantes.

³ Título do projeto: Avaliação da educação permanente para trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário da Região Centro-Oeste. A população do estudo será constituída de trabalhadores de enfermagem da referida instituição, que tiverem participado de uma ou mais atividades do projeto de educação permanente para sistematização da assistência de enfermagem, no período de 2005-2006.

instituição, refletissem o cuidado num sentido amplo e direcionado à humanização. No entanto, percebemos certo distanciamento entre discurso e a realidade vivenciada, visto que o modelo biomédico, com uma assistência fragmentada predomina nas ações de enfermagem, o que demonstra a necessidade de aprofundarmos as reflexões sobre o processo de humanização da assistência no sentido de nortear as ações profissionais.

Essa situação nos inquieta, pois não temos os princípios e valores humanistas apenas como algo teórico e utópico. Conhecemos e vivenciamos as várias dificuldades inerentes ao serviço, como por exemplo, a rotina muitas vezes desgastante do plantão devido ao número excessivo de pacientes para o contingente de profissionais, a escassez de materiais, a burocratização que emperra o serviço, dentre outros fatores. Entretanto, acreditamos que seja possível implementar o cuidado fundamentado no paradigma ético-humanista, no qual as ações de enfermagem realizadas em todo o hospital expressem um cuidado de fato mais humano e contagem as ações de todos os servidores da instituição.

Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2006) acreditam que o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua integralidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões físicas, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana.

Nesse sentido, Pessini (2006, p.108) afirma que

[...] quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros.

Esperidião (2001) considera que a despeito do cuidado ser a razão maior do trabalho da enfermagem, a forma com que tem sido oferecido leva à sua fragmentação, despersonaliza a pessoa que é cuidada e também o cuidador. Nessa perspectiva, o cuidador também deve ser alvo de atenção e cuidado, visto que, como ser humano tem necessidades, as quais nem sempre são compreendidas e supridas pelo serviço. Além disso, especificamente a enfermagem, pela particularidade de suas atividades, é vulnerável a instabilidade emocional por conviver diariamente com a dor e sofrimento do outro.

Dejours (1992) ressalta que diante do sofrimento e do confronto de interesses, o trabalhador utiliza-se de mecanismos de defesa para suportar e resistir ao sofrimento. Esses mecanismos podem ser específicos da pessoa, do coletivo ou da profissão exercida. Assim, o profissional pode utilizar estratégias, muitas vezes inconscientes, para suportar o ambiente e o desconforto gerados pelo seu sofrimento.

Nesse aspecto, Collet & Rozendo (2003) ponderam que a enfermagem, para não correr o risco de ser tomada pela angústia, pode imunizar-se contra a percepção do sofrimento dos pacientes, assumindo uma postura de indisponibilidade e de intolerância para com a emoção provocada pela percepção do sofrimento do outro. As autoras afirmam ainda que, ao rejeitar ou negar o sofrimento do paciente, esses profissionais reprimem seus sentimentos.

Diante dessas considerações e no sentido de buscar possíveis razões da divergência entre os pressupostos teóricos do cuidado humanizado e sua efetividade na prática profissional do enfermeiro da instituição em estudo, levantamos algumas questões que, se forem respondidas, poderão ajudar na compreensão dessa cisão: os enfermeiros dessa instituição que atuam na assistência direta ao paciente têm

clareza do processo de humanização do cuidado? Esses profissionais se sentem co-responsáveis pelo processo de humanização abraçado pela instituição? Que significado atribuem ao cuidado humanizado? As suas ações profissionais são firmadas no compromisso da missão da Diretoria de Enfermagem e na política de humanização da instituição que se fundamenta nos princípios do HumanizaSUS?

Com esses questionamentos, conduzimos esta pesquisa a fim de buscarmos subsídios para discutir o processo de humanização do cuidado no ambiente hospitalar, com os enfermeiros que estão envolvidos diretamente na assistência à pessoa hospitalizada. Acreditamos que, no atual contexto histórico da assistência à saúde, o resgate da essência do cuidado é fundamental, principalmente para a enfermagem, que no ambiente hospitalar congrega profissionais que têm papel muito importante na percepção da subjetividade dos pacientes. Tal perspectiva, abre a possibilidade para a efetivação das propostas da humanização da assistência.

Entretanto, temos clareza que o processo de humanização não é simples, envolve ações coletivas, embora seja imprescindível considerar movimentos e atitudes individuais. Nesse aspecto, é preciso o (re)conhecimento das potencialidades e limitações de cada profissional diante da complexidade da ação do cuidado.

Esperamos que esta pesquisa contribua para a reflexão sobre a importância do papel de cada um, enquanto ser-pessoa e ser-profissional envolvido no cuidado, além de possibilitar e dar subsídios a novas discussões a respeito da temática, uma vez que o processo da humanização assistencial da saúde encontra-se em fase de estruturação e consolidação na maioria das instituições hospitalares brasileiras.

2 - OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

▷ Analisar a concepção sobre cuidado humanizado pelos enfermeiros que atuam na assistência hospitalar.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

▷ Conhecer o significado atribuído ao cuidado humanizado pelos enfermeiros que atuam na assistência direta à pessoa internada.

▷ Apreender a concepção dos enfermeiros sobre seu papel de cuidador, na perspectiva da humanização da assistência.

▷ Identificar os fatores que facilitam/dificultam a implementação do cuidado humanizado.

▷ Apontar a contribuição do projeto de educação permanente na construção de conceitos e práticas relativas ao cuidado humanizado.

*3 - A ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO
DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR*

No encontro do cuidado, os seres envolvidos doam e recebem simultaneamente, tornam-se mais completos, caminham para o Uno, para a unidade com o Universo, participando do processo de morte-renascimento do todo.
Alcione Leite da Silva

A humanização do cuidado no ambiente hospitalar surge como um princípio vinculado ao paradigma dos direitos humanos. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948) expressa a consciência de humanidade, fundamenta os direitos humanos na dignidade, no valor da pessoa humana e na igualdade entre todos os povos, independente de sexo, raça, língua, religião, opinião política, ou qualquer outra condição que se fundamenta na noção de dignidade a todos os seres humanos.

A humanização das instituições de saúde de modo geral, depende da humanização da sociedade como um todo, uma vez que vivenciamos uma profunda crise de humanismo em que as diversidades dos direitos humanos são desconsideradas. Nesse contexto, Campos (2005) ressalta a necessidade de criarmos oportunidades para o resgate de encontros significativos à constituição e ao exercício humano como aqueles capazes de permitir a troca de carinho e cuidado.

Dessa forma, este estudo aponta para a importância das concepções sobre as dimensões do cuidado e do viver humano e apresenta, neste capítulo, a construção do conceito de cuidado e sua interface com a enfermagem, além dos aspectos relativos à humanização do cuidado no ambiente hospitalar.

3.1- A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE CUIDADO E DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: UMA APROXIMAÇÃO

Humanizar responde pela convivialidade, pela solidariedade, irmandade, pelo amor e pelo respeito. Logo, humanizar corresponde a cuidado.

Vera Regina Waldow

A palavra “cuidado” é derivada do latim *cogitatus*, que significa pensar, mostrar preocupação, atenção, interesse, diligência, atuação e revela uma atitude de desvelo. Mostra uma relação de afetividade, comprometimento com o outro e o interesse em agir em favor dele (SOUZA, 2000; ZOBOLI, 2004).

O cuidado existe desde que há vida humana. Entra na natureza e na constituição do ser humano e é por meio dele que a vida se mantém. Durante milhares de anos, o cuidado não esteve associado a qualquer ofício ou profissão e sua história se construiu sob duas orientações que coexistiram, complementaram-se e se geraram mutuamente, que são cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte. Esse ato, assumiu nesse sentido, dupla função: de preservação a danos futuros e de regeneração de danos passados. Ou cuidamos ou perecemos (BOFF, 2003, 2004; COELHO; FONSECA, 2005; COLLIÉRE, 1989;).

Collière (1989) e Ferreira (2006) apontam que de acordo com o vocabulário inglês dos termos *to care*⁴ e *to cure*⁵, existem dois tipos de cuidados de naturezas diferentes. *To care* são os cuidados cotidianos e habituais, ligados às funções de manutenção da vida, sejam de natureza alimentar (água, calor, entre outros) ou de natureza afetiva, psicossocial, podendo esses interferirem entre si. Em outras palavras, *to care* implica tradicionalmente certos valores e sentimentos:

⁴ To care: tomar conta, cuidar, atenção, preocupação

⁵ To cure: curar, sanar, restabelecimento

cuidado, engajamento, interesse, respeito e atenção. Por outro lado, *to cure* representa os cuidados de reparação ou tratamento de doenças, restringindo-se aos aspectos formais e técnicos das ações relativas ao cuidar.

Quando há prevalência do *to cure* sobre o *to care*, há aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa, uma vez que os cuidados de reparação (*to cure*) são feitos isolando o indivíduo do seu ambiente e até mesmo de si próprio como pessoa, o que se caracteriza num processo de reparação de ser somente ligado à doença (COLLIÉRE, 1989).

Boff (2004) considera que sem o cuidado, o homem deixa de ser humano na sua essência. Se, ao longo da vida, o homem não fizer com cuidado tudo que empreende, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. Por isso, o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana.

O cuidado surge como um novo paradigma ético que coloca a vida no centro, vida compartilhada com outros, vida aberta para cima e para frente, para as virtualidades que se escondem dentro dela e que querem vir à luz e fazer história. O cuidado é a condição prévia que permite o eclodir da inteligência e da amorosidade; é a essência da vida e contribui para a construção da história e de um futuro fundamentado na ética, sendo que o caráter ético da pessoa se evidencia na responsabilidade para com o outro, ou seja, “quando amamos, cuidamos e quando cuidamos, amamos” (BOFF, 2003, p.48).

Waldow (2004) também aborda o cuidado humano como uma postura ética e estética frente ao mundo. Para a autora, o cuidado

[...] é uma forma de viver, de ser, de se expressar. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento e da vida (p.176)

O cuidar é muito mais que um simples ato, é uma atitude. É fonte da qual jorram todos nossos atos que expressam e materializam uma atitude de fundo. É mais que um momento de zelo, atenção e desvelo. Cuidado “representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2004, p. 33).

Heidegger (2001), filósofo que se dedicou ao estudo do cuidado, entende que o mesmo é uma constituição ontológica e antecede a tudo que o homem se propõe a realizar, sendo o princípio de tudo. Nessa perspectiva, revela o modo do homem ser-no-mundo, expressando o seu modo de viver.

Esperidião (2006, p.8) enfatiza que “ser-no-mundo, traz o significado de estar presente, de interagir plenamente com a realidade, cujo processo permite-nos ir construindo nosso próprio ser, a autoconsciência e a própria identidade”.

Heidegger (2005) considera a filosofia humanista como o empenho para que o homem se torne livre para sua humanidade, para nela encontrar a sua dignidade, o ser-no-mundo. Afirma que o humanismo é “meditar e cuidar para que o homem seja humano e não desumano, inumano, isto é, situado fora da sua essência” (p.6). O autor considera o cuidado como um meio de reconduzir o homem à sua essência, cujo elemento existencial permite a autocompreensão e a reconstrução contínua e simultânea de seus valores humanistas.

Guenther (1997) compreende que a posição humanista propõe, em primeiro plano, a volta do ser humano à sua totalidade complexa e multidimensional, uma vez que a visão de homem compartimentalizado não é condizente com sua proposição básica. Para esse autor, não se pode compreender o humanismo como um movimento temporário, mas um desenvolvimento necessário para lidarmos com nossas necessidades humanas em mudança.

O humanismo é uma postura democrática e ética da vida, no qual os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar o significado e a forma às suas próprias vidas. Edifica uma sociedade mais humana por meio da ética baseada em valores humanos, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas potencialidades humanas (IHEU, 2007).

Segundo Holanda (1998), o movimento humanista é consequência natural de um momento de crise na civilização humana. Parece ser o caminho que conduzirá o homem a um novo paradigma para a ciência do futuro, em que a noção de pessoa e de intersubjetividade será o ponto de convergência para a vivência do holismo. Entretanto, pondera que, quanto mais se progrediu em termos de crescimento, de desenvolvimento tecnológico e sistemático, menos a ciência se envolveu com a totalidade da existência humana, e mais se verificou a desatenção aos valores humanos defendidos pela filosofia humanista, sendo esses valores uma condição necessária para a integralidade do cuidado.

Minayo (2006) aponta que o termo humanismo na área da saúde entrou para a pauta de prioridades como política, como proposta e como tema de pesquisa por meio do vocábulo humanização, o qual significa um movimento fundado na valorização da intersubjetividade das relações que se processam “no encontro singular de duas pessoas, cujo nível de profundidade só poderia ser expresso por um poeta como Fernando Pessoa: *o que em mim sente está pensando*” (p.29).

Nessa perspectiva, o encontro é visto como uma profunda relação que envolve a presença do profissional como parte do cuidado. É uma relação autêntica que revela a grandeza humana, em que todo viver verdadeiro é encontro, valorizando a relação pessoa a pessoa no cuidado (BUBER, 1974; HYCNER, 1995).

Assim, a presença e o encontro pressupõe nas ações profissionais, a

empatia, que é considerada condição essencial para o desenvolvimento, crescimento e maior capacidade de compreensão dos problemas do cotidiano apresentados pelo paciente (TAKAKI; SANT'ANA, 2004).

Hycner (1997, p.124) define a empatia como a “habilidade humana que se expressa no movimento rítmico de ir e vir para experienciar uma situação por meio da perspectiva da outra pessoa, enquanto mantém no mesmo momento, sua própria experiência”.

Rogers (2001) traz a empatia como uma das condições básicas que vai permitir o relacionamento positivo entre o profissional e o paciente. Para ele, a empatia consiste na capacidade de se colocar no lugar do paciente, ver o mundo pelos olhos deles e sentir-se como ele se sente.

No entendimento de Leoni (1996), a empatia faz com que o profissional aumente sua compreensão das dificuldades percebidas e referidas pelo paciente. Acrescenta que a empatia é uma das mais reconfortantes experiências que um ser humano pode ter e possibilita a imediata compreensão dos sentimentos.

A relação empática é imprescindível ao desenvolvimento das ações profissionais, para compreensão da subjetividade do paciente, no sentido de captar aquilo que não é dito ou aquilo que não está visível. Assim, para o cuidado existir é fundamental que o profissional se coloque como pessoa na ação do cuidado (HYCNER, 1997; LEONI, 1996; ROGERS, 2001).

Nessa concepção, Maldonado & Canella (2003) comentam que

[...] o profissional que atua tão-somente como bom técnico deixa de utilizar boa parte do seu potencial terapêutico: a dimensão humana. Colocar-se como pessoa que trata de pessoas constitui o “algo mais” da ação profissional como agente de saúde em sua acepção mais global (p.6).

Ao considerarmos verdadeiramente o outro, colocando-nos na ação profissional, assumimos que a saúde e a doença não são apenas objetos, mas configuram modos de ser-no-mundo (AYRES, 2006).

Rogers (2001) por meio da abordagem centrada na pessoa, considera a valorização da pessoa na sua dimensão humana fundamental nas relações terapêuticas. Adverte que a melhor maneira de se ajudar alguém é acreditar na pessoa e em sua possibilidade de pensar, sentir, buscar e direcionar sua própria necessidade de mudança. Ressalta que o objetivo não é resolver um problema particular, mas auxiliar o indivíduo a crescer, de modo que possa enfrentar o problema presente e os posteriores de uma maneira mais integrada.

Ainda de acordo com Rogers (2001), o ser humano possui uma capacidade inata que lhe impulsiona para a freqüente tentativa de progredir, ou seja, que, dentro de si, a pessoa possui os mecanismos necessários para lidar consigo e com o outro.

A filosofia humanista rogeriana, segundo Holanda (1998) redimensiona o valor e o papel do ser humano nas relações humanas e na sociedade, primando pela presença e pelo sentido do humano nas suas diversas relações. De modo geral, o cuidado tem tido seus valores firmados nos princípios humanistas que balizam a assistência à saúde.

3.1.1- O cuidado para a enfermagem

O cuidado, para a enfermagem, é fundamentado em valores ético-humanistas, os quais devem estar sempre visíveis em toda ação profissional, visto que ele representa a razão existencial dessa profissão (Waldow, 1995). Nesse sentido, as ações profissionais do enfermeiro, têm sido norteadas em favor do ser humano, a partir do cuidado com abrangência do processo interativo enfermeiro-paciente. Essa maneira de cuidar objetiva estabelecer uma assistência individualizada e integral ao homem (HUF, 2002; SOUZA, 2000;).

A enfermagem, enquanto profissão, tem como precursora Florence Nightingale (1820-1910), membro de uma família abastada da sociedade inglesa. A sua decisiva vocação em cuidar dos doentes, ancorada em seus valores religiosos e humanitários, marcou a sua vida. Teve uma expressiva atuação na guerra da Criméia (1854-1856) em que demonstrou extrema dedicação no cuidado aos soldados feridos, grande capacidade de trabalho e de organização (NIGHTINGALE, 1989; SILVA, 1989; SILVA, 1995).

A formalização do ensino Nightingaliano se expandiu pelo mundo, erigida por bases científicas e humanitárias. Com esses fundamentos, Florence levou a enfermagem a tomar forma e adquirir realmente o *status* de uma profissão. Anteriormente, desenvolvia-se o cuidado por meio de treinamento de pessoas para desempenhar atividades de conforto, administração de medicamentos, limpeza de unidade, cozinha e lavanderia (COLLIÉRE, 1989; NIGHTINGALE, 1989; SOUZA; GUTIÉRREZ, 1989; WALDOW, 2001; ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006).

Florence Nightingale valorizou a arte por meio das ações de enfermagem,

da estética, da intuição, da educação e da criatividade. Enfatizou conceitos de ser humano e meio ambiente, destacando os benefícios e os cuidados relacionados com a ventilação, o calor, a luz, a alimentação, o silêncio e as condições sanitárias, como elementos fundamentais de saúde e do cuidado. Defendia a idéia de que as enfermeiras, além de conhecimento científico, deveriam ter elevado padrão moral e primar para o cuidado amoroso, honesto e desprendido. Ressaltou a importância da observação, da comunicação e da escuta como instrumentos de grande valia para o cuidado (NIGHTINGALE, 1989).

A enfermagem foi entendida por Nightingale como uma arte e uma ciência humanística que contempla o cuidado a partir de uma visão holística do ser humano, seja ele doente ou sadio em inter-relação com o meio ambiente. Desse modo, o campo de atuação de enfermagem passou a ser amplo, pois não se restringia ao ambiente hospitalar, mas incluía o contexto social, político e ecológico (MOTTA 2004; SILVA, 1995).

No decorrer do processo histórico-social de conformação da enfermagem na evolução dos tempos e da ciência, a imagem vocacional da enfermagem foi cedendo espaço à profissional, o que conferiu grande peso à competência e à qualificação técnica dos profissionais e levou à incorporação das reflexões éticas, das questões relativas à atenção direta aos pacientes e também das que dizem respeito à responsabilidade social dos enfermeiros (MEYER, 2002; SOUZA, 2001; ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006).

Silva (1989) e Waldow (2001, 2004, 2006) destacam que na enfermagem o cuidado assumiu características profissionais, advindas de uma educação formal, em que as ações curativas ocupavam a maior parte do processo ensino-aprendizagem, atendendo a uma ideologia da cura. Essas ações, comumente

conhecidas como cuidados de enfermagem, eram desempenhadas privilegiando objetos, nesse caso instrumentos e materiais. Havia uma preocupação com o desempenho das ações técnicas e não com o ser humano, desconsiderando assim o respaldo humanístico e holístico da enfermagem.

A desvalorização do cuidado humanístico e holístico na enfermagem, que ocorreu ao longo de sua história, pode ser compreendida a partir de várias reflexões. Dentre os fatores que a geraram, o reduzido número de profissionais com formação acadêmica nas instituições hospitalares, possivelmente, contribuiu para que o profissional enfermeiro se afastasse da assistência direta ao paciente, assumindo cada vez mais funções administrativas. Como consequência, o cuidado direto ao paciente passou a ser desempenhado pelas demais categorias profissionais de enfermagem, levando à sua fragmentação (COLLIÈRE, 1989; SILVA, 1989; WALDOW, 2001, 2004).

Seguindo o processo de profissionalização do cuidado na enfermagem, observamos que os enfermeiros começaram a questionar suas bases tradicionais na década de 1950. A partir de então, esses questionamentos aumentaram e foram acrescidos da percepção da necessidade de desenvolver um corpo de conhecimento específico que poderia se concretizar pela elaboração de teorias próprias para legitimação de espaço e funções de um saber, tendo o cuidado humano como o objeto essencial à prática da enfermagem (MEYER, 2002; SOUZA, 2001; ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006).

As teorias de enfermagem no processo do cuidado iniciaram com a própria Florence Nightingale, que orientou a prática de enfermagem por mais de cem anos. Embora seus escritos não sejam considerados como uma teoria de fato, suas postulações foram as precursoras de uma filosofia para a prática de enfermagem

que serviu de base a boa parte dos modelos conceituais ou das teorias de enfermagem contemporâneas. Seu enfoque estava relacionado à manipulação do ambiente, visando o benefício no cuidado ao paciente (GARCIA; NÓBREGA, 2004; GEORGE et al., 2000; SOUZA, 1988).

De acordo com Garcia & Nóbrega (2004) e George et al. (2000) o marco inicial para o desenvolvimento das teorias de enfermagem na era contemporânea foi a publicação, em 1952, do livro de Hildegard Peplau, que aborda o relacionamento interpessoal em enfermagem, como fato que envolve a interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum. Nessa teoria, o encontro entre duas pessoas é visto como uma relação criativa, gerando senso ininterrupto de reciprocidade e união durante toda a experiência, em que ambas as pessoas (enfermeiro-paciente) encontram-se envolvidas num processo de auto-satisfação e de crescimento mútuo (GEORGE et al., 2000).

A partir dessa época, outras teóricas norte-americanas desenvolveram e publicaram outras teorias, com diferentes pontos de vista filosóficos. Entretanto, todas enfatizam o conceito que reflete a natureza e o propósito da enfermagem, ou seja, o cuidado à pessoa humana como um ser bio-psico-sócio-espiritual em que a unidade e totalidade do indivíduo devem ser consideradas para que o cuidado alcance sua meta (SOUZA, 2001).

Segundo Waldow (2006), a primeira grande contribuição para a construção de uma teoria do cuidado surgiu com Madeleine Leininger, que construiu sua teoria fundamentada em um modelo transcultural de enfermagem, que englobou a idéia do cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas do universo. A autora também faz referência a Jean Watson, outra teórica que destaca a enfermagem como ciência e filosofia do cuidado a partir da compreensão

dos mecanismos do cuidado em uma abordagem humanística e comportamental.

As teorias de enfermagem, de modo geral, orientam a prática do cuidado de enfermagem, descrevendo, explicando ou prevendo os fenômenos. Elas possibilitam a reflexão crítica e o domínio do processo de trabalho da profissão. No entanto, os profissionais de enfermagem devem selecionar as teorias ou modelos que forem mais viáveis à determinada situação e sempre avaliar sua eficácia (GEORGE et al., 2000). Fazer a seleção da teoria de enfermagem a ser utilizada não é sempre uma tarefa fácil, uma vez que cada uma está organizada a partir de diferentes visões de mundo, sendo, portanto, necessário levar em conta a situação específica de quem vamos cuidar (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Souza (2001) afirma que, a partir da visão de várias teoristas, a enfermagem é vista como uma disciplina prática, cujo objetivo é produzir resultados na sua ação. Dessa maneira, considera que uma prática baseada em teoria tem um guia, não ocorre ao acaso, nem se torna ineficiente pelo ensaio e erro. Ressalta que a natureza da prática tem se modificado por força dos avanços científicos e tecnológicos e dessa forma, as teorias têm que ser desenvolvidas para atender às mudanças socioculturais e políticas, para que possam ser de utilidade.

No Brasil, a primeira enfermeira a falar em teoria foi Wanda de Aguiar Horta, quando divulgou, em 1974, a teoria das necessidades humanas básicas, constituindo um marco na produção do conhecimento científico da enfermagem brasileira. Também com Horta iniciou-se, no Brasil, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com a divulgação do Processo de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004; HORTA, 1979).

Ao falar das teorias e do Processo de Enfermagem, Souza (1988) considera a existência de dificuldades para a implementação da sua prática, dentre

as quais destaca a problemática advinda da realidade política, econômica e social do país, com seus reflexos na política das instituições hospitalares. Contudo, enfatiza que todas essas dificuldades não podem ser alegadas como fatores inviabilizantes do cuidado de enfermagem integral com competência e compromisso ético, para a humanização do ambiente hospitalar. Segundo a autora, o cuidado pertence à enfermagem e “ninguém irá fazer por nós” (SOUZA, 1988, p.65).

Quanto ao conhecimento desenvolvido pela enfermagem, Carper (1978) afirma que o corpo de conhecimentos que serve de justificativa para a prática do cuidado de enfermagem possui padrões, formas e estruturas. Reconheceu quatro padrões distintos de conhecimento de acordo com a tipologia e significados, os quais denominou: empirismo (ciência da enfermagem), no qual o saber pode ser explicado e descrito; estética (arte da enfermagem), que abrange uma categoria geral das habilidades técnicas e manuais envolvidas no cuidado; componente pessoal, padrão essencial para a compreensão do significado da saúde em termos de bem-estar individual, pois é relacional; e o padrão ético, que constitui o componente moral do conhecimento.

Waldow (2001) considera que os padrões do conhecimento da enfermagem, têm introduzido em suas ações e comportamentos, além do espírito científico, a emoção, a sensibilidade, a destreza e a habilidade, atitudes que caracterizam o cuidar/cuidado. Reafirma a idéia de integralidade do conhecimento da enfermagem no cuidado quando considera que todos os padrões são necessários e interatuam na ação profissional, podendo às vezes, um se sobressair mais que o outro.

Ressaltamos que, no desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão para enriquecer a prática do cuidado, tanto na ciência como na arte, a

enfermagem apropriou-se de conceitos e métodos gerados, desenvolvidos e utilizados em outras áreas de conhecimento que fazem parte das ciências humanas, tais como a filosofia, psicologia, sociologia e antropologia, dentre outras. Essa aproximação tem sido benéfica para um atendimento mais humano do cuidado à saúde e tem desvendado aspectos obscuros da humanização no contexto profissional (GUALDA, 1998; SANTOS; SALLES, 2002; ROCKENBACH, 1985).

Motta (2004) aponta que o profissional de enfermagem, desde a sua formação acadêmica, deve ser preparado para enfrentar a realidade complexa do mundo do cuidado, tendo como valores existenciais a sensibilidade e a solicitude na construção de uma prática voltada para o ser humano, considerando os valores humanistas.

Vale salientar que, na atualidade, a formação do enfermeiro é norteadada por pressupostos ético-humanísticos, presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCNCGE), instituídas conforme a Resolução nº 3/2001 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (BRASIL, 2001).

Essas diretrizes definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos na formação de enfermeiros. A proposta privilegia a formação do enfermeiro crítico e reflexivo com competência técnica, científica, ética, política, social e educativa (BRASIL, 2001).

Para Ribeiro et al. (2005) as diretrizes norteadoras da reforma curricular deixam clara a preocupação com a solidariedade e cidadania, com o saber conviver, com o aprender a ser e o aprender a viver junto. Essas premissas são inerentes à essência do humanismo e da ética como mola mestra do comportamento humano e das ações profissionais.

Entretanto, Esperidião (2005) pondera que, apesar do eixo norteador das diretrizes curriculares estar centrado em princípios ético-humanistas para o ensino de graduação em enfermagem, ainda encontra-se lacunas e contradições no processo de formação acadêmica do enfermeiro, que precisam ser revistas e esclarecidas. A análise da autora destaca o papel do professor no sentido de facilitar o desenvolvimento da competência do aluno como pessoa, a partir de uma abordagem holística, ou seja, contemplando a formação do ser humano que habita no profissional.

Apesar dos valores humanistas fundamentarem o cuidado de enfermagem, na prática, as ações embasadas nesses valores precisam ser mais visíveis (COLLIÉRE, 1989; SILVA, 2006; SILVA, 2007; WALDOW, 2004, 2006).

O estudo de Paulson (2004) que buscou a satisfação de pacientes em relação aos cuidados de enfermagem, revelou que os mesmos consideraram que os enfermeiros têm boa qualidade técnica no cuidado, mas deveriam ser mais atenciosos e presentes em relação ao atendimento dos sentimentos para dispensarem um cuidado genuíno, por lidarem com o ser humano. Segundo o autor, os enfermeiros ficaram surpresos ao saber da insatisfação dos pacientes em relação a esses aspectos, pois acreditavam que estavam oferecendo a eles uma assistência de qualidade para a qual foram tecnicamente capacitados.

Nesse sentido, Collière (1989) assegura que a enfermagem, ao seguir o modelo biomédico e tecnológico, relegou o cuidado para o segundo plano e, ao abandonar toda a vasta dimensão humana do cuidado, criou um abismo imenso nos cuidados de enfermagem.

Waldow (2001, p.54) afirma que “a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém menos humana, ou seja, o cuidado técnico

passou a prevalecer. Assim, atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível”.

Silva M. (2000, p.4) lembra que “o encontro com o paciente nunca é neutro. O enfermeiro deve reconhecer que sua presença é tão importante quanto o procedimento técnico. Se não mais”.

A presença é discutida por Waldow (2004) como presença terapêutica, a qual empodera o paciente, dando-lhe coragem e esperança, fazendo-o se sentir mais valorizado e respeitado, além de reafirmar, por meio do cuidado, a humanidade de ambos, enfermeiro e paciente.

3.2 - HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO AMBIENTE HOSPITALAR: CONCEITOS, TENDÊNCIAS E POLÍTICAS

É fundamental entender que, para sermos felizes dentro dos hospitais, precisamos ter certeza de que a nossa missão, como seres vivos, é cuidar de alguém, das pessoas, cuidar da vida.
Maria Júlia Paes da Silva

Historicamente, hospitais sempre acolheram doentes, mas a finalidade variava de lugar para lugar e de época em época. No período anterior à emergência da medicina científica, com seus grandes avanços teóricos e tecnológicos, o hospital era basicamente um depósito de gente doente (MARTIN, 2006).

Até o século XVIII, o personagem ideal do hospital não era o doente que precisava de cura, mas o pobre que estava morrendo. Era alguém que devia ser assistido materialmente e espiritualmente para morrer, conforme a vontade de Deus; alguém a quem se devia dar os últimos cuidados e o último sacramento. Essa era a função essencial do hospital. Frequentemente essas instituições eram dirigidas por religiosos que cuidavam dos doentes por amor a Deus, oferecendo os cuidados básicos possíveis, a fim de assegurar a salvação eterna tanto da alma paciente, quanto a do próprio cuidador (FOUCAULT, 2007).

Pouco a pouco essa visão do hospital mudou. A medicina e a enfermagem se profissionalizaram, e o resultado dessa profissionalização repercutiu também de forma crescente nos hospitais. Hoje, nos hospitais, predomina o paradigma tecnocientífico, em que o conhecimento científico e a eficiência técnica são valores supremos. Nele o principal alvo da atenção do profissional de saúde é a doença e a sua cura. O hospital também deixou de ser lugar de “caridade” e se transformou gradativamente em negócio, priorizando a doença em nome da geração

de lucro, atendendo aos interesses político-ideológicos da chamada sociedade capitalista (COELHO; FONSECA, 2005; MARTIN, 2006).

A tecnologia de alta complexidade assumiu um papel central na moderna assistência à saúde e acelerou a tendência para a especialização, reforçando a propensão do modelo biomédico na assistência (CAPRA, 2001).

O modelo biomédico, orientado pela racionalidade clínica e seus padrões de normalidade, sustenta a formação dos profissionais em saúde. Nele o corpo humano é considerado como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos em que os profissionais de saúde podem intervir para consertar o defeito. Sob esse paradigma, a atenção é dirigida a sujeitos individuais em suas unidades morfológicas, impedindo a síntese entre o individual e o coletivo (CAPRA, 2001; COELHO; FONSECA, 2005).

No hospital, o corpo do paciente transforma-se no principal lugar para manipulações descontínuas e fragmentadas; ele é frequentemente tratado por partes e abstraído por meio de exames e fichas de cadastramento; a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais. Nesse contexto, muitos profissionais, inclusive os da enfermagem, vivem uma rígida divisão de tarefas que acaba fracionando o cuidado ao paciente. Desse modo, há os responsáveis pela medicação, pela verificação dos sinais vitais, outros pelos cuidados higiênicos, fazendo com que o corpo de cada paciente passe por dezenas de mãos, visto, vasculhado e examinado por inúmeros profissionais, de ambos os sexos e de diversas idades (SANT'ANNA, 2001).

Minayo (2004a) assegura que, apesar de todos os esforços para que a formação dos profissionais de saúde seja pautada nos princípios ético-humanistas, a

hegemonia do modelo positivista, com suas teorias mecanicistas ainda é visível na prática. A autora considera essa situação como um grande nó que trava a humanização no setor da saúde, o qual precisa ser problematizado a fim de que “se mudem as crenças, os atos e os aparatos do setor, intersubjetivamente”(p.20).

Nesse sentido, Martins (2001) salienta que é de fundamental importância o profissional de saúde incorporar o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais na ação assistencial, conhecendo os fenômenos psicológicos que nela atuam. Enfatiza que isso não significa que o profissional tenha que se tornar psicólogo ou psicoterapeuta, mas que desenvolva a sensibilidade para conhecer o outro.

O paciente hospitalizado precisa ser atendido em suas necessidades e direitos humanos, tais como a privacidade, individualidade, direito a informação, atenção as suas queixas e angústias, ambiente adequado para o sono, direito a não sentir dor, atenção ao seu pudor, às suas crenças e espiritualidade e, principalmente, direito a cuidados intensivos no aspecto psicossomático, mesmo quando não houver mais possibilidade terapêutica (GOMES; SANTOS, 1996).

Atender a essas necessidades e direitos é concretizar os valores e princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Contudo, esses princípios são apenas os desdobramentos de um grande princípio que unifica tudo, que é o princípio do respeito pela dignidade do ser humano (MARTIN, 2006).

A ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional. Entretanto, isso demanda esforço, uma vez que se faz necessário rever principalmente atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos nos cuidados diretos e indiretos ao paciente hospitalizado

(BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006). Humerez (2002) defende que todo procedimento de enfermagem deve ser conduzido obedecendo aos princípios éticos, que em síntese traduz o cuidado ao paciente na sua integralidade.

Mezomo (2001) define hospital humanizado como aquele que, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa humana, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de qualidade.

Um outro aspecto a considerar é que, na instituição hospitalar, o paciente deve ser o alvo das atenções para o qual todos devem estar voltados e alinhados no sentido de atendê-lo em toda sua complexidade e magnitude, observando o seu contexto físico, social e psíquico, de maneira integral e personalizada (GOMES; SANTOS, 1996).

A valorização desses aspectos é primordial para compreender que a doença é para o ser-no-mundo uma facticidade existencial complexa e difícil. Uma vez internado, a pessoa sofre uma ruptura com seu cotidiano que desencadeia um sentimento de “falta de existência”, como se a pessoa ficasse repentinamente em déficit para com o mundo; separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos, enfim, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade. Também perde, de forma total ou parcial, sua liberdade (MOTTA, 2004; SANT’ANNA, 2001; TANJI, 2000).

A liberdade é, sem dúvida alguma, um dos direitos mais valorizados pela pessoa; é uma das primeiras condições diminuídas ou perdidas quando se adocece e quando se requer hospitalização. Pequenos atos, como, por exemplo: se locomover e tomar banho sozinho, quando perdidos, podem ser humilhantes e traumatizantes. Essa situação se agrava ainda mais quando também há perda da liberdade de tomar decisões, quando os outros, sejam os profissionais ou a família, tomam decisões

sobre a vida do paciente contrárias à sua vontade. Nesse aspecto, quando há perda da autonomia, a pessoa pode se sentir diminuída na sua dignidade e despersonalizada (MARTIN, 2006).

Muitos pacientes, embora em estado grave, mantêm consciência lúcida e capacidade de autonomia, embora, às vezes, limitada por sua enfermidade. O respeito à autonomia do paciente, ou seja, à capacidade dele próprio fazer suas escolhas pessoais é considerado fundamental no processo do cuidado. Ainda que a liberdade não seja um valor absoluto, é um valor que dignifica a pessoa. A promoção da autonomia do doente precisa ser uma das características fundamentais da humanização hospitalar, embora isso seja um grande desafio para os profissionais que promovem a assistência (HUMEREZ, 2002; MARTIN, 2006; SILVA, A., 2000).

Penna (1992) enfatiza que a vivência da doença e hospitalização pode evocar medo, ansiedade e depressão. Assim, é necessário ao profissional compreender a doença e a hospitalização no significado particular e específico que elas têm para cada indivíduo, a fim de promover ações que venham amenizar as adversidades que surgem no dia-a-dia do hospital, de forma a humanizar a assistência. Nesse aspecto, a interação interpessoal, é a mola mestra da ação profissional feita com outra pessoa (o paciente) e não sobre outra pessoa (o corpo).

A comunicação exerce um papel fundamental na prática do cuidado humanizado. Somente pela comunicação efetiva é possível interagir com o outro para compreendê-lo integralmente, percebendo o seu modo de falar, pensar, sentir e agir. As finalidades básicas da comunicação são entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar-se a si mesmo (MAILHIOT, 1998; SILVA, 2003; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Etimologicamente, a palavra comunicar origina-se do latim *communicare*,

que significa “pôr em comum”. A comunicação interpessoal pode ser definida como um conjunto de movimentos integrados, que calibra, regula, mantém e, por isso, torna possível a relação entre os homens (MENDES, 1994; SILVA, 2001, 2003). Entretanto, as relações interpessoais estabelecidas por meio, principalmente, da comunicação, estão distantes e ameaçam a essência humana (BOFF, 2004).

Nesse aspecto, não podemos pensar em ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A comunicação com aquele que se encontra em situação de dependência parcial ou total para cuidar de si permeia todas as ações dos profissionais de saúde. Para a equipe de enfermagem, que permanece mais tempo junto ao paciente, a comunicação é um subsídio essencial para que a interação e a troca aconteçam e, conseqüentemente, o processo do cuidado seja eficaz e de qualidade (MEIER; NASCIMENTO, 2003; INABA; SILVA, 2005; SOUZA; SILVA; SALEH, 2005; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005; ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

Enfatizando esse conceito nas atividades diárias da enfermagem, Silva (2003) considera que a tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades. Para tanto, é preciso estar atento aos sinais de comunicação verbal e não verbal emitidos pelo paciente e pelo profissional durante a internação.

Silva (2003) reforça ainda a importância da comunicação não-verbal no processo de comunicação entre o enfermeiro e o paciente, afirmando que, quando a equipe de enfermagem toma consciência do significado desses signos na relação com o paciente, resgata a capacidade de perceber com maior precisão os seus sentimentos, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, contribuindo para a

melhoria da qualidade da assistência a ser prestada. Dessa maneira, o enfermeiro deve esforçar-se ao longo de sua formação para adquirir competência em comunicação com aquele que é o alvo de sua profissão – o ser humano (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Comunicar-se com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que colocar em comum, qual a capacidade de troca com o outro e qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que precisa de ajuda. Para tanto, é fundamental a disponibilidade e conhecimento da pessoa que se propõe a ser um profissional de saúde (SILVA, 2002).

Maldonado & Canella (2003) consideram que algumas formas de comunicação habitualmente utilizadas nos relacionamentos interpessoais e no vínculo profissional-paciente podem ter efeitos nocivos, quando o profissional usa o poder para dar ordens, lições de moral ou fazer ameaças ao paciente, em nome das ações terapêuticas. Enfatizam que, sobretudo no âmbito hospitalar, as formas típicas nocivas da comunicação encontram terreno fértil, levando ao atendimento puramente impessoal, descaracterizando a essência do cuidado humanizado.

Por outro lado, esses autores argumentam que tais formas nocivas de comunicação podem ser substituídas pelas *formas benéficas de comunicação*, o que possibilita ao profissional ampliar seu potencial de ação como agente de saúde, entrando em sintonia com o paciente, aprofundando o diálogo pessoa-a-pessoa, com respeito às suas limitações de comunicação. Dessa maneira, é possível ver e ouvir as entrelinhas pela percepção das pistas não-verbais emitidas pelo paciente, e assim, prestar assistência à pessoa, na perspectiva da integralidade, em sua situação existencial. Contudo, ponderam que a comunicação benéfica requer uma profunda aprendizagem, no sentido que

[...] aprender significa transformar-se, poder olhar a partir de outras perspectivas, ter coragem para renovar-se e recriar-se. Essa disponibilidade interna para a aprendizagem e para a mudança constitui o fator essencial no treinamento e na absorção das formas benéficas de comunicação (MALDONADO; CANELLA, 2003, p 91).

O cenário do cuidado de enfermagem hospitalar baseado na comunicação efetiva é uma ferramenta do cuidado humano, pois o ato da comunicação e a interação com o outro são capazes de gerar novas possibilidades de enfrentamento da doença/ hospitalização pelo paciente, contribuindo para uma ação terapêutica mais efetiva, capaz de não só de curar o corpo, mas de trazer também conforto para o espírito (BARCELOS; ALVIM, 2003; MELO; CORTELAZZO, 2003).

Amorim (1979) e Remen (1993) apontam que a doença muitas vezes é também um processo de depuração espiritual, levando o paciente a uma compreensão mais profunda de si mesmo como ser finito. Oferece a oportunidade para análise da própria personalidade e pode representar uma forma de viver mais consciente e deliberada.

Segundo Martin (2006), o cuidado no ambiente hospitalar deixa de contemplar a promoção do bem-estar espiritual. Alerta que se este for negligenciado, não atende a pessoa de forma holística, especialmente no Brasil, que tem sua cultura fortemente marcada pela religiosidade.

Nesse sentido, Huf (2002) chama atenção sobre a dimensão do cuidado espiritual como essencial à pessoa do paciente, para a integralidade do cuidado na perspectiva da humanização. Ressalta que o profissional de saúde precisa compreender o ser humano na sua existência e questionar para onde o materialismo científico tem pretendido levar o ser humano, e que tipo de sociedade esse

materialismo tem produzido.

3.2.1- A Política Nacional de Humanização e a assistência hospitalar

No final da década de 1990, o conceito de humanização do atendimento nos serviços públicos de saúde foi estabelecido como princípio por meio de ações e programas propostos pelo Ministério da Saúde voltados para a busca da qualidade na atenção ao usuário. Dentre esses programas, destacamos o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que foi uma iniciativa específica para a melhoria do atendimento em nível hospitalar (BRASIL, 2000).

O PNHAH foi criado no ano de 1999 pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento no ambiente hospitalar. Após a realização de um projeto-piloto pelo Ministério da Saúde com alguns hospitais em 1999 e de uma primeira fase de ação com vários hospitais em 2000, as secretarias de Estados e Municípios ficaram encarregadas da multiplicação do programa no ano seguinte (BRASIL, 2000).

O PNHAH surgiu como uma tentativa de enfrentar os problemas relativos à baixa qualidade nas várias áreas do atendimento hospitalar, voltando-se para buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o atendimento aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, incentiva o acolhimento das pessoas, a promoção de uma cultura de respeito e valorização humana no cuidado aos usuários e a ampliação da qualidade técnica da assistência (BRASIL, 2000).

O SUS foi uma conquista do povo brasileiro. No ano de sua criação, 1988, essa política estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, firmado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde. Entretanto, no percurso da sua história, vem enfrentando muitos desafios para cumprir esse compromisso e assim garantir o direito de saúde com dignidade ao povo brasileiro (BRASIL, 2003).

Uma das características do Brasil é a profunda desigualdade socioeconômica, o que torna o acesso aos serviços e aos bens de saúde restritos a uma minoria, apesar de ser “direito de todos”, gerando problemas gravíssimos na atenção à saúde. A esse quadro, acrescenta-se a desvalorização dos profissionais de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento no processo de educação permanente desses profissionais, pouca participação na gestão dos serviços, frágil vínculo com os usuários e o despreparo dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva do cuidado (BRASIL, 2003).

A questão subjetiva do cuidado é um dos aspectos que tem chamado mais a atenção na avaliação dos serviços de saúde. Segundo Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2006), o distanciamento existente entre o profissional e o usuário pode ser o ponto crucial que desencadeia a desumanização do cuidado nas instituições públicas de saúde e, nesse sentido, é necessário encontrar estratégias que propiciem soluções para essa grave questão. Para esses autores, é preciso humanizar o atendimento para garantir a dignidade da pessoa humana.

O desenvolvimento das ações do PNHAH tem como princípios fundamentais o respeito à singularidade dos hospitais e a estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem o SUS – o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições hospitalares. O objetivo geral

desse programa é possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS (BRASIL, 2000).

Analisando o documento oficial relativo ao PNHAH, Deslandes (2004) considera que, para humanizar o cuidado no ambiente hospitalar, é fundamental articular mudanças de caráter processual e complexo que podem gerar insegurança e resistências nos profissionais de saúde. Aponta como essencial, a mudança na cultura organizacional, nas relações assimétricas entre profissional-usuário e na supremacia de uma objetividade científica utilitarista.

O preço que se paga pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida, no caso do atendimento hospitalar, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, visto que esta é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa ser reconhecida na palavra do outro (BRASIL, 2000).

Deslandes (2004) ressalta que o desrespeito à palavra e a falta de troca de informações comprometem a qualidade do atendimento. Considera a falta de comunicação e a não compreensão das demandas dos usuários dos serviços de saúde como violência psicológica, representando completa e real negação de seus direitos. Assim, coloca o processo comunicacional indispensável à humanização e destaca algumas ações do PNHAH para o possível enfrentamento das dificuldades do processo de humanização relativos à comunicação interpessoal.

Em relação aos direitos dos usuários, o PNHAH reafirma ao indivíduo o que foi estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), cujas diretrizes fundamentam os princípios de universalidade, integralidade e

equidade da atenção em saúde firmados pelo SUS.

Nessa perspectiva, esse programa critica a valorização excessiva da tecnologia pelos profissionais de saúde em detrimento dos valores humanos. Recomenda a harmonia entre tecnologia e fator humano, visto que ambos influenciam na qualidade da assistência. O fator humano é considerado a ferramenta estratégica no processo da humanização, já que as tecnologias e os dispositivos organizacionais não funcionam sozinhos. Sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade da pessoa do profissional e do relacionamento que se estabelece entre o profissional e o usuário no processo de atendimento. Considera que o desenvolvimento científico e tecnológico proporciona uma série de benefícios, mas pode ter como efeito adverso o incremento da desumanização (BRASIL, 2000).

Ferraz (2000) afirma que, quando o cuidar do outro se torna uma produção tecnocientífica próxima da automatização, a natureza humana do ser-doente não é considerada.

Diante dessas considerações, Deslandes (2004) argumenta que há um divórcio entre possuir alta tecnologia e dispor da delicadeza do cuidado, o que desumaniza a assistência. Por outro lado, a autora reconhece que não ter recursos tecnológicos, quando estes são necessários, pode ser fator de estresse entre os profissionais e os pacientes, desumanizando igualmente a assistência.

Autores como Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2006), Capra (2001), Martin (2006) e Padilha & Kimura (2000) também consideram indiscutíveis os grandes benefícios introduzidos pela tecnologia na área da saúde, que a cada dia tem inovações surpreendentes. Asseguram que o progresso tecnológico facilita a atuação dos profissionais, promovendo eficácia na resolutividade dos problemas, beneficiando o paciente na manutenção da vida. No entanto, analisam que sob a

influência do paradigma tecnocientífico, o uso excessivo da tecnologia causa dor e sofrimento desnecessário ao paciente e, progressivamente, leva à despersonalização e, conseqüentemente, à desumanização do cuidado. Nesse sentido, advertem que os profissionais não podem se deixar dominar pela tecnologia a ponto de esquecer do ser humano a quem ela está a serviço.

Silva M. (2000) avalia a importância do suporte tecnológico no ambiente hospitalar, ressaltando entretanto, a necessidade de refletir até que ponto o progresso tecnológico é saudável. Acrescenta que a tecnologia em si não é benéfica nem maléfica, tudo depende do uso que dela se faz e sugere que as inovações tecnológicas devem ser usadas de forma criativa e humana, servindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Essa opinião é também compartilhada por Barnard & Sandelowski (2001) ao argumentarem que a tecnologia não é necessariamente contrária aos princípios do cuidado humanizado; o determinante da desumanização, da despersonalização ou da objetificação da pessoa não é a tecnologia em si, mas como o indivíduo opera a tecnologia, o significado a ela atribuído e ainda como o indivíduo define o que é humano.

Desde o advento da era *high-tech*, muitas mudanças ocorreram no ambiente dos cuidados e, conseqüentemente, na enfermagem. A conveniência, a economia do tempo e a infalibilidade aparente da sofisticada tecnologia pareciam justificar o pouco contato com o paciente, o que predisponha menos tempo no cuidado ao paciente enquanto pessoa (PURNELL, 1998).

Dessa forma, quando a assistência é exercida somente pela máquina, não há o cuidado, visto que o cuidado precisa do fator humano, da presença de um rosto, de sensibilidade e do encontro (SANTIN, 1998).

Merhy & Franco (2003) ponderam que o fator humano voltado para a produção do cuidado em saúde também representa formas de tecnologias, que denominaram “tecnologias leves”. Essas são as que dizem respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado; sendo assim, é possível ser sensível à subjetividade do paciente e sair da pauta técnica pura (procedimentos estruturados) para adentrar na pauta ética, baseada nos princípios humanistas. Por outro lado, consideram os equipamentos, procedimentos e técnicas como tecnologias duras, e ainda fazem referências às tecnologias leve-duras, nas quais o saber profissional (conhecimento) estrutura e protocola as ações do cuidado.

Humanizar o cuidado no ambiente hospitalar significa agregar as diversas tecnologias (leves, leve-duras e duras), ou seja, aliar a eficiência técnica e científica a valores éticos, ao respeito e à solidariedade ao ser humano. Contudo, no planejamento da assistência deve sobressair o uso das tecnologias leves, pautada no contato humano, de forma acolhedora, sem juízo de valores, de forma a contemplar a integralidade do ser humano (MERHY; FRANCO, 2003; SILVA, A., 2000; SOUZA, 2005).

Nessa perspectiva, Ayres (2004, p.15) considera que

[...] além de elevar a dignidade das tecnologias leves no arsenal de nossos conhecimentos e artefatos para a saúde [...] aperfeiçoar nossas já bastante valorizadas tecnologias duras, precisamos criar as condições para otimizar o exercício de nossa sabedoria prática nos espaços de assistências. Precisamos minimizar, seja na força das estruturas e normas institucionais, seja nas ideologias e práticas formadoras, os constrangimentos ilegítimos, e desnecessários, das racionalidades técnica e científica sobre nossa capacidade de elaborar e compartilhar juízos sobre o que somos, o que queremos.

O PNHAH também traz a idéia de humanização como melhoria das

condições de trabalho do cuidador, considerando a necessidade de cuidar dos próprios profissionais de saúde no sentido de atendê-los em suas necessidades humanas.

Para isso, é preciso considerar novas formas de gestão nas instituições hospitalares, o que implica na sensibilização dos dirigentes para investimentos na melhoria das condições de trabalho, planejamento, organização e gerenciamento coletivos. Tais ações podem facilitar meios que permitam a reflexão constante da prática assistencial e, acima de tudo, valorizar o profissional também na sua dimensão humana (COLLET; ROZENDO, 2003).

O profissional insatisfeito, desmotivado e desvalorizado pode afetar de forma marcante o clima organizacional de uma unidade hospitalar, induzindo outros membros da equipe a adotarem uma postura semelhante, ou mesmo desempenhando suas funções de forma inadequada e pouco eficiente (ANTUNES; SANT'ANNA, 1996).

Waldow (2001) afirma que é bastante comum profissionais de enfermagem trabalharem desmotivados e desenvolverem tarefas para cumprir uma obrigação de trabalho, apenas como uma atividade de remuneração, um meio de sobrevivência. Às vezes, podem até ser cuidadores eficientes, responsáveis, mas demonstram uma atitude bastante distante e fria para com os pacientes.

Muitos profissionais também não se envolvem com os pacientes como mecanismo de defesa de enfrentamento da sua própria dor, promovendo uma assistência fracionada, descontínua, despersonalizada e rotineira, na qual esboçam negação de sentimentos e de resistência às mudanças (COLLET; ROZENDO, 2003). Gualda (1998) considera que essa situação pode ser fruto, em parte, da forma como as instituições têm lidado com as necessidades humanas dos

profissionais, acrescentando que em muitos locais o profissional é encarado apenas como objeto de produção sujeito às regras institucionais, sendo considerados meros executores de ordens.

Além disso, os profissionais de enfermagem exercem suas atividades em constante estado de alerta, cheios de expectativa de como agir e reagir diante dos desafios impostos pelo ambiente estressante e também pelo estado crítico de alguns pacientes. Com certeza também estão expostos ao sofrimento causado pelo sofrimento dos pacientes. Mediante isso, os profissionais adotam estratégias conscientes ou não de proteção própria, podendo comprometer a qualidade da assistência de enfermagem oferecida (GUALDA, 1998).

Dessa maneira, só é possível humanizar o cuidado, partindo da humanização do próprio cuidador, uma vez que a relação intrapessoal tanto antecede como permeia o relacionamento entre as pessoas. Os enfermeiros não podem humanizar o atendimento à pessoa internada antes de aprender a ser mais inteiro consigo mesmo. Assim, é fundamental sensibilizar esses profissionais para o autoconhecimento, uma vez que, ao estarem mobilizados para perceber seus valores e princípios internos, eles possibilitarão maior aproximação da sua experiência com a do outro (ESPERIDIÃO, 2001; SILVA, M., 2000).

Segundo Boaretto (2004), o termo humanização muitas vezes é negado pelos profissionais, visto que defender a humanização das práticas assistenciais seria reconhecer que, na condição de humanos, perdemos nossa humanidade. Afirma que esse pensamento levanta polêmicas e resistências nas instituições hospitalares, provocando controvérsias quanto a sua aplicabilidade.

Além do PNHAH, a humanização nos serviços públicos de saúde é vista em outras iniciativas, tais como: a instauração do procedimento de Carta ao Usuário

(1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000). Mesmo que esses programas tenham diferentes focos de ação e a palavra humanização não apareça explicitamente em todos eles, existe esse objetivo inserido nas propostas, por meio da relação que se estabelece entre humanização e qualidade na atenção e satisfação do usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Tais projetos e programas foram vistos como importantes contribuições para a sensibilização de gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à humanização do atendimento, embora persistisse o caráter fragmentado nessas iniciativas, que em geral não articulavam entre si (BRASIL, 2004).

A humanização expressa em ações fragmentadas pode ter seu sentido ligado ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Nesse sentido, tornou-se necessário repensar os instrumentos para unificar as ações e ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança de modo a responder aos justos anseios dos usuários (BENEVIDES; PASSOS, 2005; FERREIRA, 2006).

Nesse cenário, no início de fevereiro de 2003, uma nova equipe do governo do Ministério da Saúde, após vários encontros fecundos e relevantes debates em torno da noção de humanização nas instituições públicas de saúde,

definiu pela construção de uma única proposta que englobasse as iniciativas já existentes, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma (BRASIL, 2004).

Assim, a fim de potencializá-las e espriar o conceito de humanização para o conjunto das práticas de saúde do SUS e acentuar a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão em saúde, foi construída a Política Nacional de Humanização (PNH), também denominada HumanizaSUS, a qual se constitui em uma política transversal de assistência e não mais um programa específico (BRASIL, 2004).

A humanização como política transversal atualiza um “conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema de saúde, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004, p. 7). Presume o trabalho em equipe, a fim de favorecer troca de saberes entre seus componentes para se produzir mudanças. Dessa maneira, a humanização como “estratégia de interferência no processo de produção de saúde leva em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades transformando a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p. 8).

Benevides & Passos (2005, p. 393) consideram que “construir tal política impõe que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação sempre orientados pelo direito à saúde”.

Novas subjetividades surgem como práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente pela rede SUS, mostrando novas tendências de atenção e de gestão na saúde pública. Nesse contexto, os princípios do SUS, que são práticas

humanizadoras, não se sustentam numa mera abstração. Eles se efetivam por meio da mudança das práticas concretas de saúde, levando a humanização se consolidar como política pública (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No contexto de política da saúde pública, a PNH ressalta a humanização como

[...] um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS e estabelece-se com a ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004, p.08).

O aspecto ético implica em mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; a estética é relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; a política diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2004, 2006).

Nessa configuração do processo de humanização do SUS, o compromisso ético, estético e político se assentam nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Na implementação da PNH, o SUS vem trabalhando pela consolidação de quatro objetivos específicos: reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando o acesso e promovendo um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; informar a todos os usuários sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e quais são os serviços de saúde responsáveis por sua referência

territorial; garantir aos usuários, acesso a informações gerais sobre saúde, entre elas os direitos do código dos usuários do SUS e acompanhamento durante seu tratamento, por pessoas de suas redes sociais (de livre escolha); garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa incluindo trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

Assim, a PNH se estabelece como mais uma força na busca da dimensão humana do atendimento. Benevides & Passos (2005); Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2006) reconhecem que implementar a humanização na assistência à saúde não é simples, apesar de ser objetivo perseguido por muitos profissionais. Acreditam que seria errôneo acreditar que ela decorre simplesmente de dados estatísticos, de redução de filas, informação e acolhimento aos usuários. Para esses autores, estes indicadores são imprescindíveis, mas talvez não são os mais fidedignos para informar se as instituições estão dispensando um cuidado humanizado aos usuários, abrindo um leque de questionamentos a serem pensados pelos profissionais.

A partir dessas considerações, é possível compreender que humanizar o processo do cuidado se resume na responsabilidade profissional, no posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, na disponibilidade de tratar as pessoas, respeitando suas necessidades intrínsecas, estimulando suas potencialidades e considerando sua autonomia nas escolhas. A humanização envolve questões amplas, na medida em que se ancora em pressupostos de valores, princípios éticos e de aspectos intrínsecos ao significado da vida que cuidamos. Mais do que uma medida e uma política, a humanização precisa ser sentida e vivenciada no cotidiano pelos usuários e pela equipe multiprofissional (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2006; CASATE; CORRÊA, 2005).

4- METODOLOGIA

4.1- TIPO DO ESTUDO

Pesquisa de natureza exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo exploratório é utilizado com o objetivo de obter maiores informações sobre o tema e tem sido cada vez mais utilizado na construção do conhecimento em enfermagem, uma vez que fornece subsídios para validação de teorias. A finalidade do estudo descritivo é descrever e documentar os aspectos da situação, como características, variações, importância e significado dos fatos e fenômenos de determinada realidade (GIL, 2006; MINAYO, 2004b; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; TRIVINOS, 1998).

Segundo Denzin & Lincon (2005), a pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo em uma abordagem naturalista, o que significa que seus pesquisadores estudam os fatos em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. Os autores ressaltam que na pesquisa qualitativa ocorre uma íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação.

Na pesquisa qualitativa são igualmente importantes e preciosos todos os fenômenos: o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio. Todos os sujeitos são igualmente dignos de estudo, todos são iguais, mas permanecem únicos, e todos os seus pontos de vista são relevantes (MINAYO, 2004b; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2- CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em um hospital público universitário localizado na região Centro-Oeste do país. Essa instituição é considerada referência no Estado em diversas especialidades médicas e presta atendimento exclusivamente a usuários do SUS. Certificada pelos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital escola, configura-se como campo de formação de alunos de vários cursos de graduação (enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social) que fazem parte da própria universidade e de outras instituições de ensino públicas e privadas do Estado.

O hospital possui 310 leitos para internação distribuídos em nove unidades (maternidade, pediatria, ortopedia, medicina tropical, clínica médica, clínica cirúrgica e UTI neonatal, clínica e cirúrgica), além de duas unidades de urgência/emergência (pronto socorro adulto e pediátrico), que devido a grande demanda de atendimentos também mantém pacientes em regime de internação⁶. Segundo o levantamento estatístico realizado pela Comissão de Processamento de Dados da instituição em estudo, no ano de 2006 foram realizadas em média, 1008 (um mil e oito) internações clínicas e/ou cirúrgicas.

O hospital também possui serviço de apoio diagnóstico em radiologia, laboratório de análises clínicas e patológicas, hemodinâmica, terapia substitutiva renal, hemoterapia e centro cirúrgico/obstétrico. Possui ambulatórios para atendimentos de diversas especialidades médicas e conta com um centro de referência em oftalmologia anexo ao hospital. A equipe multiprofissional de saúde é

6-A Resolução da Diretoria Colegiada nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, considera internado aquele paciente que ocupa o leito hospitalar em tempo igual ou superior a 24hs.

formada por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos.

A equipe de enfermagem é composta por 158 enfermeiros, dos quais 96 estão na assistência direta ao paciente, e os demais ocupam cargos na diretoria do hospital, na gerência dos serviços de enfermagem ou na gerência de outros serviços não ligados diretamente a assistência de enfermagem. Também compõem a equipe 550 técnicos e 121 auxiliares de enfermagem.

4.3- PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo enfermeiros atuantes na assistência direta à pessoa internada nas diversas clínicas do hospital que demonstraram interesse e disponibilidade em participar da pesquisa e que estavam na escala de serviço no mês de março de 2007, período destinado à coleta de dados. Foram excluídos enfermeiros atuantes na terapia substitutiva renal, centro-cirúrgico, ambulatórios, hemodinâmica, serviços de acolhimento, apoio e diagnóstico, uma vez que esses setores não se caracterizam como locais destinados à internação.

No mês reservado à obtenção dos dados, havia 68 enfermeiros na escala de serviço nas unidades de internação. Os demais estavam em férias, licença médica ou licença para cursos de pós-graduação.

A escolha dos participantes ocorreu de forma aleatória. Os enfermeiros foram abordados durante o plantão (pessoalmente ou por telefone pela pesquisadora) e informados sobre os objetivos e características da pesquisa. Entretanto, tivemos o cuidado de contatar pelo menos um enfermeiro de cada clínica de internação da instituição e dos diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino

e noturno), no intuito de identificar se haviam divergências de pensamento em relação à humanização da assistência pelas particularidades inerentes a cada clínica e/ou turno de trabalho e também oportunizar a participação de todos, de forma a não privilegiar determinados profissionais em detrimento de outros. Assim, o estudo teve representatividade de enfermeiros de todas as clínicas de internação da instituição e dos três turnos de trabalho.

Nessa primeira abordagem, realizamos o agendamento de um encontro para a coleta dos dados, conforme a disponibilidade dos enfermeiros que concordaram em participar do estudo.

Não houve definição prévia do número dos participantes, já que obedecemos ao critério de saturação teórica das informações como crivo proposto para delimitação dos sujeitos na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2004b; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Dos enfermeiros convidados a participar da pesquisa, 5 (cinco) não aceitaram e 4 (quatro), apesar de aceitarem, não puderam participar devido a falta de disponibilidade para realizarem a entrevista no horário agendado, devido à sobrecarga de atividades e intercorrências no plantão. Mesmo a pesquisadora remarcando a entrevista para outro momento, a mesma situação se repetiu. Dessa maneira, a pesquisa contou com 27 participantes.

4.4- ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista individual, contendo duas partes: na primeira parte, (re)apresentamos aos participantes os objetivos da pesquisa, solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (Apêndice A) e que respondessem algumas questões com o objetivo de caracterizar seu perfil profissional, bem como o seu conhecimento e/ou participação no Projeto de Educação Permanente da instituição. Na seqüência, seguimos um roteiro com questões norteadoras, no sentido de conhecer o significado do cuidado humanizado no ambiente hospitalar atribuído pelos enfermeiros; as dificuldades/facilidades encontradas na instituição para a prática do cuidado humanizado; as experiências e contribuições pessoais para a assistência de enfermagem humanizada na instituição e o conhecimento construído acerca dos pressupostos do HumanizaSUS e da missão da Diretoria de Enfermagem da instituição em estudo (Apêndice B).

Segundo Minayo (2004b), a entrevista enquanto recurso metodológico é um tipo de comunicação entre um pesquisador que pretende colher informações sobre fenômenos e indivíduos que detenham essas informações e possam emití-las. É preciso, portanto, estabelecer empatia entre entrevistador e entrevistado, a fim de desenvolver uma interação entre esses sujeitos, devendo o entrevistador imprimir um caráter de seriedade ao conduzir a entrevista, a fim de que esta não fuja do seu objetivo.

Mesmo com a entrevista agendada, tínhamos a preocupação de ligar minutos antes do horário para saber se realmente havia tempo disponível, tendo o cuidado de não atrapalhar o andamento do serviço, considerando que a mesma foi realizada durante o horário de trabalho. Apesar desse cuidado, por vezes ficamos algum tempo à espera e em outros momentos não foi possível realizá-la.

As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e, de modo geral, ocorreram de forma tranqüila. Os participantes pareciam estar à vontade para expressar suas idéias. Algumas vezes, foi necessário fazer intervenções durante a

entrevista, para não desviar do objetivo proposto, conduta natural quando se utilizam questões norteadoras.

Algumas entrevistas foram realizadas na sala da gerência de enfermagem da clínica dos respectivos participantes, outras no quarto do repouso de enfermagem e uma no corredor próximo a porta de entrada do setor. Apesar de utilizarmos este local, obtivemos certa privacidade, de forma que não causou prejuízo na coleta dos dados.

A forma de registro das entrevistas foi a gravação digital, realizada com concordância prévia dos participantes, garantindo-lhes sigilo quanto a sua identidade. Tentando minimizar uma das desvantagens dessa forma de registro, que capta somente as expressões orais, combinamos a gravação com anotações sucintas, que foram realizadas imediatamente após as entrevistas, buscando registrar expressões faciais, gestos e mudanças de posturas, aspectos importantes da comunicação não-verbal expressa pelos entrevistados.

4.5- RESPONSABILIDADE ÉTICA

A pesquisa teve o consentimento institucional e foi submetida ao Comitê de Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sendo aprovada sem restrições sob o protocolo de nº 123/06 (Anexo A). Foram garantidos o sigilo, o anonimato em relação às informações levantadas na coleta de dados e o compromisso de que os dados seriam utilizados apenas para fins científicos, em atendimento ao que estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4.6- ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados constitui-se num dos processos mais complexos da pesquisa, em que buscamos apreender o teor expresso nos relatos dos participantes.

Primeiramente, realizamos a transcrição das entrevistas, necessitando ouvir repetidas vezes o mesmo relato, ou parte dele. Esse movimento favoreceu a captação de algumas narrativas significativas expressas na linguagem dos entrevistados. A transcrição foi feita na íntegra pela própria pesquisadora, retirando-se apenas as expressões com vícios de linguagem e aquelas que pudessem identificar a clínica e/ou o profissional entrevistado, de forma a não comprometer o conteúdo dos relatos.

Para a análise dos dados, optamos pelo método de análise temática de conteúdo que, de acordo com Bardin (2004), segue um conjunto de técnicas de análise das comunicações, e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, favorecendo a descoberta do que está oculto aos conteúdos manifestos, permitindo que se perceba as entrelinhas do que é comunicado.

O processo de análise foi organizado seguindo os três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, neste estão contidas a inferência e a interpretação (BARDIN, 2004).

A pré-análise é a fase da organização propriamente dita. Tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. Nela se procede uma leitura flutuante das informações obtidas, visando a clarificação do conteúdo. A leitura flutuante nos permite a familiarização com o conteúdo das narrativas e retirada de

algumas impressões e orientações do material de estudo (BARDIN, 2004). Este procedimento foi realizado após concluirmos a digitação de todas as entrevistas, embora o próprio momento da transcrição tenha possibilitado uma aproximação com os conteúdos mais significativos.

Posteriormente, exploramos todo o material por meio de sucessivas leituras dos dados brutos. Nessa etapa, tendo em vista o volume de informações contidas nas entrevistas, organizamos os dados de forma que foram transformados sistematicamente e agregados em unidades de sentido, de acordo com os conteúdos semelhantes dos relatos, o que nos permitiu uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo (BARDIN, 2004).

Para identificarmos as unidades de sentido, realizamos a codificação do texto por meio de cores, as quais foram posteriormente agrupadas a fim de facilitar o processo de categorização dos temas expressos nos relatos.

Por fim, na etapa relativa ao tratamento dos resultados, agrupamos as unidades de sentido para que fossem apresentadas de maneira significativa, possibilitando propor inferências e adiantar interpretações em relação aos objetivos previstos, ou ainda a respeito de outras descobertas, conforme a orientação de Bardin (2004).

*5 -APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS
RESULTADOS*

Só se pode conhecer a totalidade da pessoa, e através disso a totalidade do homem, quando não se deixa de fora sua própria subjetividade e não se permanece como um observador neutro
Martin Buber

Neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos por meio da análise das entrevistas, trazendo primeiramente os dados relativos ao perfil profissional dos participantes e a seguir os relatos que versam sobre os aspectos relativos à humanização do cuidado, cujo conteúdo foi organizado em categorias temáticas, conforme a metodologia escolhida para este estudo.

No intuito de fortalecer a discussão dos resultados, estabelecemos um diálogo entre os dados encontrados, as nossas percepções e reflexões e as contribuições do referencial teórico apresentado.

Consideramos oportuno informar que não encontramos diferenças significativas no teor das entrevistas em decorrência da clínica de atuação dos entrevistados, do turno de trabalho, ou do tempo de formação acadêmica e atuação profissional.

No decorrer das entrevistas, percebemos profissionais comprometidos com a temática, uns otimistas quanto à questão da humanização da assistência na instituição, outros incrédulos e desmotivados. De modo geral, consideraram o tema importante para a instituição e se mostraram satisfeitos pela oportunidade em expor suas opiniões e contribuir com o estudo.

Um fato bastante comum nos relatos dos enfermeiros foi aproveitar a oportunidade da entrevista para desabafo de suas queixas pessoais e reivindicações. De igual forma, em alguns momentos percebemos que houve enfermeiros que se sensibilizaram com o conteúdo de seus próprios depoimentos,

deixando transparecer a emoção. Tal situação nos permite inferir que a dimensão pessoa desses profissionais foi tocada, aspecto bastante favorável ao pensarmos numa relação assistencial humanizada de pessoa a pessoa.

Remen (1993) considera que em algumas situações o profissional precisa encontrar coragem de se afastar de sua imagem profissional, para mobilizar o recurso saudável presente na natureza humana, afim de se encontrar presente como pessoa completa, respondendo às necessidades do paciente com todos os aspectos de sua própria natureza.

Esperidião (2001, p.23) compartilha o mesmo pensamento e afirma que

[...] entendemos que a pessoa, o ser humano, reside no ser-profissional e que a pessoa do profissional integra a pessoa humana, de forma dialética. Não vemos como separá-los, pois a divisão traz o perigo de reduzir as dimensões indivisíveis o que é próprio da natureza do humano, a despeito das inúmeras divisões a que somos submetidos no cotidiano, sem contar com as possíveis implicações decorrentes delas.

Entendemos que o próprio tema deste estudo favorece que a dimensão pessoal dos entrevistados seja tocada, fazendo com que viesse à tona, em vários momentos, a emoção.

Dessa forma, a análise dos depoimentos dos entrevistados nos permitiu agrupá-los em quatro categorias principais e suas subcategorias que revelaram a percepção dos participantes sobre a humanização do cuidado no contexto hospitalar:

► **Concepção do cuidado humanizado:** cuidado holístico; valorização do profissional; vivências do cuidado humanizado.

► **Concepção de cuidador na perspectiva da humanização da assistência:** autopercepção enquanto cuidador; atitudes pessoais para o cuidado humanizado.

- ▶ **O paradoxo do cuidado humanizado no ambiente hospitalar:** disponibilidade interna do profissional; a gestão e a organização do trabalho.
- ▶ **Ressonâncias do Projeto de Educação Permanente sobre conceitos e práticas relativos ao cuidado humanizado.**

5.1- APRESENTAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O grupo entrevistado foi constituído por 92% de mulheres e 8% de homens. Historicamente, a enfermagem tem se caracterizado como uma profissão eminentemente feminina (COLLIÉRE, 1989; MEYER, 2002; WALDOW, 2001). Lopes (1996) lembra que o início da enfermagem enquanto profissão contribuiu para o afastamento dos homens, pois muitas escolas passaram a instituir o sexo feminino como obrigatório. Apesar das mudanças ao longo do tempo, com a inserção dos homens na enfermagem e o reconhecimento do potencial dele para o crescimento da profissão, na atualidade a enfermagem ainda se mantém predominantemente como uma profissão feminina.

A maioria dos participantes está na faixa etária entre 25 e 35 anos. Quanto ao tempo de atuação na instituição pesquisada, 37% têm entre 9 e 15 anos e 7% têm tempo superior a 15 anos. Também há aqueles com menos de dois anos de serviço (22%), admitidos no último concurso público realizado pela instituição no ano de 2005, sendo 2 (dois) desses recém-graduados.

Em relação à qualificação profissional, 81% dos entrevistados possuem cursos de pós-graduação, sendo 11% *stricto sensu* e 70% *lato sensu* em várias especialidades da área da enfermagem. Esses dados mostram que os enfermeiros

da instituição têm investido em sua capacitação profissional, condição importante para a humanização do cuidado, uma vez que buscar o conhecimento e a competência técnica significa agregar valores à profissão e, assim, proporcionar um atendimento seguro e de qualidade ao paciente.

Waldow (2001) valoriza a competência técnica quando argumenta que, de modo geral, os pacientes não estão interessados somente em receber um cuidado com desvelo e carinho. Eles querem sentir-se seguros e confiantes na equipe de saúde que desempenha suas funções com conhecimento e habilidade técnica, além da competência humana. Dessa maneira, enfatiza que

[...] uma cuidadora que demonstre extrema eficiência, mas que seja rude ou indiferente pode transmitir ao paciente sentimentos de solidão e de carência, agravando sua vulnerabilidade. Por outro lado, alguém extremamente delicada, interessada e afetiva, mas com falta de experiência, conhecimento e habilidade técnica, pode produzir sentimentos de insegurança, desconforto e ameaça (WALDOW, 2001, p. 143).

Consideramos outro resultado bastante significativo, que mantém relação direta com a assistência humanizada é a sobrecarga de trabalho desses profissionais. Entre os entrevistados, 74% mantêm outro vínculo empregatício, sendo 44% na assistência hospitalar, 15% na docência e os demais em áreas administrativas de instituições hospitalares.

Considerando a jornada de trabalho semanal na instituição pesquisada, que é de 30 horas, a carga horária cumprida em outras instituições que varia entre 30 e 40 horas semanais, a alta demanda de atividades em cada instituição, e a especificidade do trabalho da enfermagem, é esperado que esses fatores gerem danos físicos e psicológicos aos profissionais. Uma das principais causas que contribui para essa situação é o baixo salário oferecido a essa categoria profissional.

Tal fato, condiciona a grande maioria a se sujeitar à dupla e, muitas vezes, tripla jornada de trabalho, na busca de melhor remuneração, mesmo reconhecendo que essa situação possa trazer conseqüências desastrosas à sua qualidade de vida e, conseqüentemente, reflexos negativos na qualidade do cuidado dispensado ao paciente.

5.2- PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Compreendemos que o termo humanização é amplo, pode suscitar diversos entendimentos, os quais nos fazem refletir sobre a nossa humanidade e abstrair seu verdadeiro sentido. Assim, para apreender a percepção dos enfermeiros quanto à humanização do cuidado no contexto hospitalar, analisamos seus relatos e os apresentamos em categorias que tratam desde a concepção do cuidado humanizado, perpassando por reflexões das práticas que envolvem a humanização da assistência, finalizando com as considerações acerca do projeto de educação permanente da instituição em estudo.

5.2.1- CONCEPÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO

Nesta categoria estão reunidos os depoimentos que expressam idéias relativas aos elementos conceituais acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar.

Verificamos que os enfermeiros têm percepções diversas sobre a temática. O estudo de Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006a) corrobora com essa

idéia, pois relata que a polissemia relativa ao conceito de humanização e as várias percepções do ponto de vista filosófico concernentes ao termo, revelam o seu real significado.

Entretanto, a totalidade dos relatos deixou evidente que existe uma correlação entre humanização e cuidado holístico na assistência ao paciente, quando os enfermeiros enfatizaram a humanização do cuidado voltado à integralidade da pessoa aliado à sentimento de amor, empatia, presença, comunicação e atenção. Também ressaltaram a valorização do profissional na sua dimensão humana, por meio de condições de trabalho adequadas, respeito e diálogo simétrico entre os trabalhadores e gestores como elementos significativos para o cuidado humanizado.

Dessa maneira, o conteúdo das respostas relativas à concepção do cuidado humanizado foi agrupado em três subcategorias: *cuidado holístico*; *valorização do profissional*; *vivências do cuidado humanizado*.

5.2.1.1- Cuidado holístico

O holismo abrange a visão de conjunto, de totalidade e da compreensão do ser humano como único que possui características próprias, independente das características de suas partes constituintes (BOFF, 2004; CAPRA, 2001; HEIDEGGER, 2005).

Gualda (1998) ressalta que, nas últimas décadas, a enfermagem tem procurado formas de compreender o ser humano e apreender o significado do cuidado e do cuidar, para tornar suas ações profissionais congruentes aos pressupostos humanistas da profissão e possibilitar a manutenção e o

desenvolvimento de seu potencial de vida.

Isso significa compreender o ser humano como ser total, atendendo-o em sua individualidade, aspecto essencial para a enfermagem, que tem como filosofia o cuidado humano. O cuidado humanizado, a partir do olhar holístico, foi mencionado pela totalidade dos entrevistados, como revelam seus depoimentos:

Cuidado humanizado é você preocupar com o paciente como um todo; não somente no bem-estar físico [...] mas, um bem-estar psicológico, familiar e social (E3).

É o cuidado voltado para o indivíduo como um todo, considerando seu lado físico, emocional, espiritual, cultural, social, em todas essas facetas do ser humano (E7).

Cuidado humanizado, acho que é você enxergar a paciente não somente como doença, mas o paciente como um todo... como pessoa, como cidadão, como pai, como mãe ou filho, ou esposo... (E9).

Cuidado humanizado, seria aquele cuidado em que você faz o cuidado holístico para o paciente, tendo uma atenção não somente com a parte da doença em si, mas com a parte psíquica, biológica e espiritual do paciente (E21).

O cuidado holístico representa, para a enfermagem, sua razão existencial (COLLIÉRE, 1989; WALDOW, 2001, 2004, 2006). Mezzomo (2003a) considera que não aceitar a visão holística do ser humano e não cuidá-lo nessa dimensão é andar na contramão do saber humano.

O cuidado holístico também foi considerado um sentimento de amor, “[...] significa aquele cuidado que você faz com amor, quando você exerce a profissão com amor [...] quando você faz o que você gosta...” (E22).

Amar é cuidar. Essa afirmativa é compartilhada por vários autores que acreditam que é por meio do amor que potencializamos nossa capacidade de cuidar (BOFF, 2003, 2004; SILVA, 2004, 2006; PESSINI, 2006; WALDOW, 2006).

Apesar do entendimento teórico ter sido expresso por grande parte dos

entrevistados, nem sempre as ações dos profissionais da instituição têm em si a concepção holística, conforme apontam os depoimentos:

É aquele cuidado, é... que não é somente tratar aquele cantinho lá onde dói... uma febre e sim todo o paciente [...] e nem sempre a gente faz isto, somente teoricamente a gente vê assim (E8).

[...] o que acontece é que na maioria das vezes a gente esquece este lado, então fica a critério da consciência de cada profissional (E4).

Esses depoimentos nos levam a inferir que a questão da integralidade do cuidado não é uma prerrogativa de todos os profissionais. Para o cuidado ser dispensado de forma integral e humanizada, depende muito mais da perspectiva de valor de cada pessoa do que de concepções teóricas desvinculadas da sua própria visão de mundo.

Nesse sentido, Deslandes (2006) analisa que o caráter holístico do cuidado em saúde está sujeito a valores éticos, morais e ideológicos de cada pessoa e como a mesma se disponibiliza em atenção à pessoa doente, no sentido de prover o cuidado humanizado, ou seja, um cuidado que articule equidade e integralidade.

Na opinião de Weis & Schank (2002), a enfermagem não pode existir sem o desenvolvimento do campo afetivo para prover o cuidado humanístico e holístico. Os profissionais não devem apenas conhecer os seus princípios teóricos, mas vivenciar as ações de cuidado com competência humana, pois, para o enfermeiro dispensar o cuidado holístico, é primordial que estabeleça uma relação pautada no reconhecimento da alteridade, na empatia e no respeito para com o outro.

Esses aspectos foram apontados por alguns entrevistados, que também chamaram a atenção para a presença, no sentido de *estar-com*, durante a prática de suas ações.

Bom, acho que cuidado humanizado é quando você trata o paciente

como se fosse a sua família [...] colocando no lugar dele e como você gostaria de ser tratado [...] aceitar as diferenças do paciente e vê-lo como um todo e não como um paciente igual, mas que tem as suas diferenças... suas necessidades... (E12).

É você olhar aquele paciente de forma mais empática, imaginando assim, como se fosse o meu pai, como se fosse a minha mãe e até como se fosse eu mesma [...] e refletindo melhor sobre aquele estado para ser mais humana (E25).

A empatia é definida por Rogers (2001) como a capacidade de penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Implica em transmitir a maneira como você sente o mundo da pessoa e em estar com o outro. Significa deixar de lado, no momento da aproximação, os próprios pontos de vista e valores, para entrar no mundo do outro sem preconceitos e se fazer presente na ação.

Nesse sentido, a presença é uma postura existencial. Estar presente requer a condição de estar inteiro no processo, e estar inteiro implica em *estar com o outro*. Isso significa que o profissional não deve ser apenas amigável, mas deve estar disposto a efetivamente contribuir com o seu *self* para o encontro, entendendo que, nesse momento, nenhuma outra preocupação é importante. Com esse significado, a presença não pode ser técnica, ela é a consciência que se dirige completamente ao processo de existir da outra pessoa. Assim, estar presente é uma renúncia a todas as preocupações técnicas, o único objetivo é estar plenamente presente, meta, paradoxalmente, não atingível pela técnica (HYCNER, 1995,1997; SILVA, 1998).

Para mim, assistência humanizada em enfermagem é mais uma qualidade de presença, se eu estou fazendo qualquer cuidado, deste que seja um pequeno curativo a uma reanimação ou qualquer uma outra coisa, mas naquele momento estou eu e aquele cliente (E14).

[...] eu tento assim dentro do possível, prestar a assistência humanizada mesmo... independente do que tem e do que não tem

[...] me faço presente, cuidando... assistindo... me fazendo presente (E15).

Buber (1974) salienta que somente quando existe presença, encontro, há relação, e relação é reciprocidade. Acrescenta que a presença não é algo fugaz e passageiro, mas o que aguarda e permanece diante de nós. Para o autor, “o essencial é vivido na presença” (p.15).

Aitken (2003, p.70) acrescenta que “mesmo, quando aparentemente, não há mais nada a fazer por um paciente, ainda há muito a fazer: estar presente.”

Consideramos essa atitude relevante, uma vez que essas ações e comportamentos estão firmados nos valores e no conhecimento do ser que cuida *para* e *com* o ser que é cuidado. Para isso, não é necessário um relacionamento íntimo e profundo, mas uma relação que fortaleça o *self* do outro (WALDOW, 2006).

Remen (1993) ressalta que é muito difícil transmitir esses sentimentos por meio de palavras, mas por outro lado podem sempre ser transmitidos pela simples atitude de estar presente. Entretanto, Waldow (2006) argumenta que essa maneira de cuidar não pode ser prescritiva, pois não se prescreve o modo de ser e o modo de se relacionar, já que são essência do ser.

Portanto, é importante, na formação acadêmica, investir no desenvolvimento da competência interpessoal do aluno, para o reconhecimento da subjetividade. Esse aspecto é condição essencial para o profissional dispensar o cuidado ao paciente solidificado em valores éticos, atendendo à sua integralidade e dignidade humana (ESPERIDIÃO, 2003; TAQUECHEL, 2006).

5.2.1.2- Valorização do profissional

Nesta subcategoria estão reunidos os depoimentos dos profissionais que associaram o cuidado humanizado à valorização do profissional na sua dimensão humana. Compreendemos que esse é um princípio básico para o desencadeamento de qualquer processo de trabalho em que a proposta seja a humanização da assistência, como destaca o seguinte relato: “como você vai humanizar o seu cuidado se onde você trabalha não é humanizado?” (E5).

A partir desse pressuposto, a humanização requer fundamentalmente que os gestores e toda equipe da instituição hospitalar valorizem o profissional como pessoa, uma vez que “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência (DESLANDES, 2004, p.13). Esse aspecto foi mencionado por grande parte dos entrevistados.

A humanização do cuidado começa com a humanização dos servidores, dos trabalhadores, do cuidado com os trabalhadores [...] não é somente o paciente... tem o funcionário, quando eu falo funcionário incluo de todo mundo, médico, enfermeiro, nutricionista... todo mundo (E5).

[...] É difícil você trabalhar com este tema humanizar se a gente sente que está sendo tratada de uma forma desumana (E14).

Acho que o hospital deveria promover momentos de relaxamento, através de aula de ioga, academia... qualquer coisa... porque é tão estressante trabalhar em hospital [...] isto ajuda... ir lá, fazer meia hora... relaxar com alguém... conversar com uma pessoa que possa trazer uma palavra diferente... isto também ajuda (E18).

Quando eu penso em humanização, eu penso em valorização do profissional [...] dar para trabalhar se o profissional se sentir valorizado [...] ainda mais aqui, que é uma universidade, onde tem todos os profissionais na área de psicologia e psiquiatria [...] tirar um dia e trabalhar a equipe, sei lá... até fora daqui do hospital, para ter uma integração maior da própria equipe, acho que começa por aí, então não adianta eu querer humanizar o cuidado ao paciente, se o profissional não está se sentindo valorizado dentro do ambiente de trabalho dele (E19).

O PNHAH deixa claro que a humanização da assistência no ambiente hospitalar constitui-se em uma mudança de cultura no atendimento cuja premissa pressupõe a valorização da pessoa na sua dimensão humana (BRASIL, 2000).

Rubo e Prado (2003) consideram que essa nova cultura no atendimento significa a busca de novos conceitos administrativos para inovação, especialmente, no que se refere às relações humanas, no acolhimento ao funcionário e sobretudo na sua valorização na condição de pessoa.

Os depoimentos dos enfermeiros denotam a necessidade de atenção e de diálogo. Percebemos que esses profissionais querem se sentir pessoas sendo cuidadas pelos gestores, pelos colegas e por toda equipe do hospital.

[...] você quer ver o que valoriza ele? Um diretor que vir aqui, um dia... e conversar com ele, é o diretor saber que aqui dentro do contexto, ele é o João... é a Maria [...] mas, você entra aqui, entra no serviço e roda o dia inteiro e você não conhece nenhuma outra área, você não conhece nem o setor que é mais perto, você não tem contato e vínculo com nenhum outro funcionário, e muito menos você não tem um vínculo com o diretor do hospital..." (E19).

As relações de cuidado, como o compartilhar de idéias, o respeito e a consideração, devem ser cultivadas no ambiente de trabalho. Dessa maneira, as pessoas sentem-se bem, reconhecidas e aceitas como são. Sentindo-se cuidadas, terão maior probabilidade de expressarem cuidado (WALDOW, 2004, 2005).

A relação interpessoal é fundamental para que se estabeleçam práticas humanizadoras, e essa se fortalece pelo contato e pelo diálogo. A relação dialógica proposta por Buber (1974) em sua obra clássica EU e TU, considera o encontro e o contato, como elementos-chave de qualquer relação e valoriza a palavra proferida como uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora do homem, com a qual ele se situa no mundo e perante aos outros. Nesse sentido, ser ouvido representa algo que

ultrapassa a possibilidade auditiva de cada um. Escutar significa, por parte dos gestores, “a disponibilidade permanente em ouvir e acolher a expressão de anseios, expectativas e angústia dos trabalhadores” (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006a, p.226).

Nessa perspectiva, humanizar significa mudar os paradigmas de gestão. A instituição hospitalar deve ter e manifestar o interesse pela equipe de trabalho, deve conhecer seu grau de satisfação e saber quais são os motivos geradores de satisfação e insatisfação pessoal e profissional. Assim, como o paciente, o profissional é humano e único e, como tal, demanda o reconhecimento de suas necessidades e a atenção necessária para ter condições de desenvolver a habilidade humanitária no seu ser/fazer profissional (SELLI, 2003).

O profissional que é valorizado pela instituição e se sente respeitado, tendo suas expectativas pessoais e profissionais atendidas, poderá articular e harmonizar seu ambiente de trabalho e produzir o máximo de rendimento, com prazer e realização, adotando um posicionamento mais flexível e mais próximo ao paciente. Essa valorização é fundamental, visto que, por meio do trabalho e das relações que o profissional estabelece, é evidenciado se o atendimento ao paciente é ou não humanizado (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006a; MORITA; MARX; BENTO, 2003).

Assim, como para os participantes do estudo, consideramos essencial o relacionamento positivo no ambiente de trabalho, que ocorre por meio do diálogo horizontal, e da relação simétrica entre gestores e trabalhadores, no sentido de valorizar o profissional de saúde, reconhecendo que eles são sujeitos ativos no processo.

5.2.1.3- Vivências do cuidado humanizado

Solicitamos aos participantes que caracterizassem uma situação em que tivessem vivenciado de modo especial o cuidado humanizado. As narrativas estão dispostas nesta subcategoria.

De modo geral, os enfermeiros definem como características do cuidado humanizado a forma atenciosa de abordar o paciente, a delicadeza de chamá-lo pelo nome, o fato de escutá-lo, de demonstrar consideração ao seu familiar, de dar carinho expresso pelo toque, além de valorizar outras questões que envolvem a subjetividade do paciente.

Avaliamos esse momento da entrevista como muito gratificante, pois ouvir as experiências dos enfermeiros nos levou a compreender ainda mais que não precisamos esperar por condições especiais para atender de forma humanizada, bastando muitas vezes tomar atitudes simples, mas de grande significado, como é destacado neste depoimento:

[...] O que já fiz há algum tempo, eu não faço mais agora, é chamar o paciente pelo número, ou pela doença e tal, então eu procuro não fazer isto [...] pergunto o que ele está sentindo para saber realmente se o que estou fazendo é aquilo que ele está esperando de mim, então isto eu tenho procurando fazer e eu acho que é uma assistência humanizada (E1).

A despersonalização do paciente dentro do hospital é um fato real e muito comum no dia-a-dia. Gomes & Santos (1996), Mezzomo (2003b), Perestrello (2006) e Sant'Anna (2001), ressaltam que, por conta da impessoalidade do ambiente, do temor do desconhecido e da frieza dos profissionais, o paciente vivencia momentos de grande fragilidade e preocupação. Nas enfermarias ou em qualquer outro local do hospital, a pessoa geralmente é considerada apenas um número ou um caso de

determinada patologia, evidenciando despreço total. Raramente o paciente é informado das suas reais condições de saúde, mal sabe o nome e a indicação dos medicamentos que lhe administram e muito menos é consultado ou informado acerca do tratamento prescrito.

O nome da pessoa é a primeira referência do indivíduo, é o que o identifica como ser único. Nesse aspecto, Silva (2002, 2006) adverte que não devemos rotular os pacientes ou nos dirigir aos mesmos usando expressões do tipo: queridinho, vôzinho, mãezinha. Essas formas de tratamento são inadequadas, podendo levá-los a sentir-se diminuídos. Enfatiza que o paciente sente-se valorizado e seguro quando ouve os profissionais se dirigirem a ele pelo seu nome. Mezzomo (2003b) pondera que não pode ser humano, do ponto de vista cristão, tratar o paciente como um número, um caso clínico ou uma doença, em vez de identificá-lo pelo nome.

Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2006) argumentam que, quando nos propomos discutir a humanização no ambiente hospitalar, não podemos nos furtar ao compromisso de rever essas posições equivocadas que se consolidaram ao longo da história, em prejuízo ao paciente.

As atitudes de cuidado citadas pela entrevistada E1 fazem grande diferença e precisam se concretizar efetivamente nas práticas do cuidado pelos profissionais de enfermagem. Tudo isso nos faz acreditar que não precisamos de condições especiais para efetivar o cuidado humanizado, pois estamos falando de atitudes que requerem simplesmente a nossa humanidade, como, por exemplo, acolher o sofrimento daquele que estamos cuidando. O relato a seguir mostra a sensibilidade de um dos participantes, evidenciada pela sua atitude de desvelo e cuidado e a recepção dessa atitude pelo familiar do paciente.

[...] tinha uma criança que estava muito grave, fico até arrepiada só de lembrar [...] esta criança estava realmente assim... é terminal mesmo... e a mãe, hora nenhuma sentia esta situação [...] não me senti correta se eu deixasse ela perder esta esperança, porque era a única coisa que ela tinha era a esperança da vida da filha dela [...] eu sempre pedia para ela está fazendo orações, acreditar em Deus e que Deus fizesse o que fosse melhor para a filha dela [...] então ela deixou um recado pra mim quando a filha dela foi a óbito [...] deixando um abraço e um beijo especial pra mim, pois eu tinha a escutado muito nos períodos de angústia, de aflição, de temor que estava passando e que eu a escutei, dei esperança e a fiz sentir forte, em um momento de muita dor [...] quando recebi este recado eu fiquei muito emocionada, tive até que me retirar um pouco... e assim extravasar mesmo meus sentimentos [...] percebi que eu fui importante para aquela mãe e eu não tinha noção que tinha sido tão importante pra merecer [...] mesmo em um momento de tanta dor [...] ela se lembrou de deixar um recado carinhoso para mim, eu fiquei realmente emocionada (E3).

Chamamos atenção para essa narrativa, quando o profissional relata que precisou se afastar para extravasar seus sentimentos. Essa postura nos leva a pensar que, em geral, não podemos expressar qualquer tipo de emoção diante do paciente, familiar ou até mesmo na presença dos colegas. Muitos profissionais consideram que essa situação é embaraçosa e pode denotar falta de profissionalismo, acreditam que as emoções podem atrapalhar o julgamento e a habilidade para agir de maneira decisiva. Entretanto, Remen (2003) e Maldonado & Canella (2003) consideram esse pensamento um artifício contra o cuidado humanizado, uma vez que ao reprimir seus sentimentos, os profissionais podem até agir como bons técnicos, mas deixam de usar o seu potencial humano.

Nesse aspecto, Martin (2006, p. 144) ressalta que

[...] no tocante aos aspectos emocionais relacionados ao profissional, sabemos que o contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações. Se ele não toma contato com esses fenômenos, corre o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional como pessoal.

Acolher as angústias do ser humano diante de sua fragilidade física, mental e espiritual, seja o paciente ou o familiar, que também precisa ser cuidado por nós, significa atender de forma digna, solidária e humana. Pessini (2006) destaca que, nesse contexto, a presença solidária do profissional requer habilidade humana e científica, a fim de se estabelecer uma relação profissional construída na confiança.

Manter viva a chama da fé e da esperança é vital em momentos de angústia. A dimensão espiritual é uma dimensão essencial, faz parte da vida da pessoa o contato com o divino, não podendo ser ignorada pelo profissional, independente do seu credo religioso (ARAÚJO, 2003).

Silva (2006) avalia que atender às necessidades espirituais dos pacientes e familiares é um grande desafio para os profissionais de saúde, porque não há fórmulas prontas para essas horas. No entanto, Costa (2003) sugere que um bom caminho para esse momento é trazer para o dia-a-dia, a lembrança de Deus, a beleza do amor, as quais podem trazer mais conforto e propiciar melhor compreensão da naturalidade da morte.

A vivência do cuidado humanizado mencionada por um dos entrevistados traz fortemente o respeito pela dimensão espiritual do paciente. A valorização e respeito às crenças do paciente, segundo seu relato, ocorreram após esse profissional ter adquirido conhecimento específico nessa área.

[...] quando eu fiz o mestrado [...] eu fiz um enfoque relacionado à espiritualidade... ela fica a flor da pele neste momento [...] depois disto, eu mudei muito a minha postura em relação a isto daí [...] respeitar as crenças e valores, independente do meu credo, não tem nada a ver, acho que isto foi uma experiência válida [...] você pode passar aí nas cabeceiras (dos leitos) e você vai ver objetos que representam a fé do indivíduo, a crença dele, a coisa que ele se segura. Há muito tempo, antes que eu fizesse este estudo, eu nem permitia que colocasse os objetos [...] eu os retirava e entregava

para a família [...] hoje eu já não faço isso... (E7).

Davis (2005) enfatiza que os enfermeiros raramente provêm o cuidado espiritual ao paciente e, embora esteja inserido na visão holística do cuidado, reflexões sobre a espiritualidade são raras entre estes profissionais, o que favorece ainda mais o distanciamento desse olhar na prática assistencial.

Nesse sentido, Joseph & Cavendish (2005) consideram que os enfermeiros, enquanto provedores do cuidado holístico, precisam esforçar-se para adquirir conhecimento na esfera do cuidado espiritual e compreendê-lo também como uma responsabilidade de enfermagem.

Martin (2006) chama a atenção quanto à promoção do bem-estar espiritual do paciente no ambiente hospitalar. Ele afirma que há falta de preparo dos profissionais para lidarem com essa dimensão da vida. Geralmente, essa atenção não é sistematizada, ficando na dependência da consciência e valorização que cada profissional em particular, atribui à dimensão espiritual. Nesse sentido, considera de grande valor o serviço de capelania hospitalar e assegura que, assim como os profissionais de saúde, o capelão precisa ser qualificado, disponível e competente para atuar no contexto hospitalar. Mezzomo (2003c, p.381) exclama: “bendita seja a administração hospitalar que tem consciência disso e apóia a presença do serviço religioso”.

Outra experiência que aponta características do cuidado humanizado foi mencionada pelo entrevistado E12. Ele destacou sua disponibilidade em estar presente na relação com o paciente. Nesse contexto, estar presente é uma forma de cuidar que envolve verdadeiramente uma ação interativa, é ouvir, é se fazer presente na ação do cuidado. É, pois, uma postura amplamente defendida pelo

pensamento humanista (HYCNER, 1995; HEIDEGGER, 2005; ROGERS, 2001).

Teve um paciente que me marcou muito, era um paciente com HIV e a família não estava vindo visitar... ele estava consciente e tudo... então, um dia eu puxei a cadeira, sentei e conversei com ele... eu levei a mão no braço dele [...] ele pegou e falou assim: “nossa! Eu não me lembrava qual era a temperatura de uma mão [...] havia esquecido que tem, calor...”. Isso assim, me deixou muito... fazia meses que o pessoal dava banho e o tocava de luvas [...] na verdade eu não tinha percebido, quando ele falou assim: “tinha esquecido o que é sentir calor de outra pessoa tocando...” (E12).

Esse depoimento confirma a importância do cuidar com calor humano, afeto e solidariedade, atitudes que também são enfatizadas por Pessini (2006). Essa narrativa faz menção ao cuidado com respeito, atenção e disponibilidade para com o paciente, como por exemplo: “puxei a cadeira e sentei”. Também nos chama atenção à falta de sensibilidade dos profissionais em relação ao toque: “fazia meses que o pessoal dava banho e o tocava de luvas”, mostrando que o paciente era manipulado, mas não era tocado, o toque transmite calor, e ele “não lembrava qual era a temperatura de uma mão”.

Silva (1998) salienta que a enfermagem, seguindo a evolução da técnica, tornou-se extremamente eficiente, mas, por outro lado, diz que “não conseguimos manter a nossa humanidade nas pequenas coisas: esquecemos de sorrir, [...] de apertar as mãos, de fazer um afago, de puxar a cadeira, sentar e ouvir” p.128). Nesse sentido, Collière (1989) enfatiza que a enfermagem, ao priorizar o conhecimento técnico, relegou para o segundo plano o cuidado no sentido *to care*, que valoriza a competência humana do cuidado.

Sant’Anna (2001) ressalta que o corpo do paciente hospitalizado transforma-se no principal lugar para manipulações descontínuas e fragmentadas por inúmeros profissionais. Tradicionalmente, a abordagem profissional no cuidado do corpo é predominantemente intelectual e analítica e, nessa perspectiva, os

enfermeiros tocam nos pacientes somente para realizar o exame físico e/ou inúmeros procedimentos deixando de considerar o real significado do toque.

Autores como Campos (2005), Nunes (1998), Remen (1993) e Silva (2002) se referem ao toque como conforto, humanidade, compaixão e compreensão. Consideram que todo toque envolve um aspecto afetivo que se faz presente a partir da maneira como nos aproximamos para tocar o outro. No entendimento de Figueredo et al. (1998), o toque é a arte da enfermagem que toca a interioridade do ser, tanto do paciente quanto do enfermeiro; o cuidado toca suas emoções e imaginações, possibilitando estabelecer uma conexão significativa entre ambos, com ética, discernimento e dignidade. Portanto, essa concepção deixa claro que não existe neutralidade no toque.

Assim sendo, o toque é também um cuidado que envolve presença e estar presente, é estar ativo no ambiente de cuidado. Situações semelhantes foram mencionadas nestes relatos.

[...] plantão passado, eu cheguei e tinha uma paciente grave e os familiares estavam super ansiosos [...] foi à noite inteira do lado do paciente e da família [...] hoje, quando eu cheguei e a filha dela me viu, falou assim: "nossa, é você hoje que está aqui... que bom!" [...] quando eu cheguei e percebi a forma que ela me recebeu [...] eu percebi que foi diferente, fez a diferença [...] fui importante para o paciente e para a família (E17).

[...] os casos marcam... mas, ultimamente o que mais tem mexido comigo no serviço, é um paciente que está em umas das clínicas onde eu fico [...] ele está exatamente há cento e poucos dias de internação [...] um bom tempo... acamado... sem família... então assim, eu acho que eu dispus mais tempo com ele [...] de conversar, porque às vezes, a gente não conversa com o paciente [...] eu cheguei até a comprar frutas e trazer para ele [...] eu fiquei realmente muito preocupada com ele.. agora ele está melhor e eu acho que estou mais calma também... (E26).

Ficar ao lado do paciente e de seus familiares para conversar é uma atitude positiva na terapêutica. Consideramos que seja o momento propício para o

profissional ater-se às necessidades e dificuldades dos pacientes que estão sob seus cuidados, principalmente aquelas que não estão aparentes. Tal atitude favorece a percepção da essência do outro. Silva (1998) considera que estar presente requer disponibilidade, muitas vezes expressa no processo de comunicação, especialmente em saber ouvir o outro, possibilitando a maior compreensão do que se passa com ele.

Essas idéias remetem a enfermagem a um diálogo vivo, em que o profissional e o paciente se relacionam, mantendo um sentido existencial, numa relação intersubjetiva, na qual um indivíduo distinto e único se relaciona com o outro. Nesse diálogo estão envolvidos o encontro e a presença (PAGLIUCA; CAMPOS, 2003).

O encontro ocorre quando há genuíno interesse na pessoa, e o profissional deve estar disposto a efetivamente contribuir com o seu *self* na relação (HYCNER, 1995). Buber (1974) propõe que a relação EU e TU, que é marcada pelo encontro, ocorre quando cada um reconhece a singularidade do outro e lhe oferece a presença autêntica. Contribuindo com essa idéia, Cumbie (2001) considera que a enfermagem em uma perspectiva holística deve utilizar o seu *self* como elemento essencial na relação terapêutica com o outro ser humano.

Os depoimentos dos entrevistados destacam a preocupação com os familiares dos pacientes. As pessoas que são importantes para o paciente também exercem influência na terapêutica e podem ajudar na tarefa de reequilibrar e (re)harmonizar a situação. Por vezes, a presença da família não é valorizada, e muitos profissionais avaliam que estas pessoas atrapalham o bom andamento do serviço e são deixadas de lado, sem incluí-las nas ações de cuidado. Henneman & Cardin (2002) consideram que os membros da família podem apresentar aumento

de estresse, quando percebem que são ignorados pela equipe de saúde, ou quando são levados a pensar que estão interferindo no cuidado ao paciente.

Outras vezes, a equipe pensa na família e a solicita somente para auxiliar a enfermagem nos cuidados básicos de higienização e/ou alimentação dos pacientes. Raramente o familiar é visto como parceiro na terapêutica, no sentido de trazer conforto às questões psicológicas. Sabemos que o desligamento da família, como afirma Medina & Backes (2002), pode trazer distúrbios psicológicos e influenciar no desenvolvimento físico, mental e social da pessoa, refletindo na sua recuperação. Essa situação foi exemplificada por um entrevistado.

Teve uma paciente que ficou aqui [...] que não evoluía, a gente tirava essa paciente do tubo e ela não conseguia melhorar, tinha muito medo da morte, ficava insegura demais e voltava para o ventilador [...] quando a gente conseguiu colocá-la no isolamento e conseguiu convencer a equipe médica deixar a família ficar com ela [...] ela melhorou assim 100%. Acho que valeu a pena a gente brigar por isso, por que a insegurança que ela tinha e o medo de morrer era tanto que não deixava ela melhorar [...] Muitos, não têm essa sensibilidade, acham que somente o tratamento clínico resolve, mas não é. Se o paciente não quiser ou acreditando que ele pode melhorar, não adianta você instalar a melhor ventilação mecânica, fazer monitorização hemodinâmica e os tratamentos mais avançados que não vai adiantar (E23).

Silva (2006) afirma que, principalmente, o enfermeiro deve permitir que os familiares fiquem próximos do paciente e participem no que for possível na terapêutica. Recomenda que o profissional veja o familiar também como pessoa carente de atenção e de cuidados para poder crescer com a experiência; nenhum profissional da saúde, em momento algum, pode desconsiderar a família na qual o paciente vive.

Sabemos que a doença e a internação do paciente representam ameaça, desequilíbrio, insegurança e vulnerabilidade ao grupo familiar. Quando a internação é na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esses sentimentos são exacerbados, visto

que esse local é ainda estigmatizado como um ambiente de dor, sofrimento e morte. Desse modo, Oliveira (2006) considera que o enfermeiro precisa refletir sobre sua responsabilidade na assistência à família de pacientes na UTI, procurar estratégias de intervenções para o cuidado e incorporá-las em sua prática. A autora sugere a estratégia de grupo de suporte ao familiar como recurso terapêutico, visto que “mostrou-se capaz de colaborar para a construção dessa prática assistencial humanizada, acolhedora e de promover o respeito às pessoas, possibilitando a superação do olhar historicamente centrado no paciente”(p.158).

No geral, percebemos que as vivências pessoais apresentadas pelos enfermeiros em relação ao cuidado humanizado foram pertinentes aos conceitos e valores humanistas que sustentam a filosofia da enfermagem enquanto profissão e convergem com as premissas do HumanizaSUS, que a instituição abraça. Os entrevistados não relataram qualquer ação distante de suas possibilidades do cotidiano, mas, ao contrário, mostraram em uma linguagem simples o quanto podem ser humanos apenas empreendendo o cuidado no sentido do termo *to care*, que implica tradicionalmente em certos valores e sentimentos: cuidado, engajamento, interesse respeito e atenção conforme defendem Collière (1998) e Ferreira (2006).

Apesar disso, alguns enfermeiros não conseguiram compartilhar suas experiências de cuidado humanizado. Ficaram pensativos, desviavam o olhar, talvez na tentativa de buscar na memória algum fato que parecia distante do que estava sendo abordado.

[...] agora... eu não me lembro assim.... (E 19)

[...] no momento eu não lembro... (E20)

[...] eu teria que lembrar... e agora a cabeça... tem que parar para pensar, você faz tanta coisa importante para o paciente, e às vezes, você nem percebe...mas eu não me lembro de nenhum (E22)

Essa situação nos faz refletir sobre as possíveis razões para o distanciamento entre o plano teórico e o resgate de situações práticas na perspectiva da humanização da assistência na instituição hospitalar. Chamou-nos a atenção o fato desses profissionais não conseguirem identificar em suas ações assistências o cuidado além do técnico, uma vez que na escuta de seus relatos em outros momentos da entrevista parecia que o cuidado, na perspectiva da humanização estava solidificado nas ações desses mesmos profissionais.

5.2.2- CONCEPÇÃO DE CUIDADOR NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O processo de humanização no ambiente hospitalar pressupõe, primordialmente, a compreensão do significado da vida do ser humano. Envolve aspectos culturais, econômicos, sociais, educacionais e, fundamentalmente, os princípios ético-humanistas. Entender a vida e a humanização na abrangência de todos esses valores não é uma tarefa fácil, uma vez que eles precisam ser sentidos e percebidos por meio de uma atitude positiva no processo vivencial (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2006).

Entendemos que o enfermeiro, enquanto ser cuidador, tem a responsabilidade e o compromisso ético de resgatar o sentido da sua ação profissional, a partir da compreensão do significado da vida no processo do cuidado do qual é um dos protagonistas.

Nessa perspectiva, é relevante conhecer como os enfermeiros se sentem como pessoa na sua condição de cuidador e quais são as suas atitudes para a efetividade do cuidado humanizado na instituição. Assim, reunimos nesta categoria

seus relatos sobre esses aspectos e os agrupamos em duas subcategorias: *autoconhecimento enquanto cuidador; atitudes pessoais para o cuidado humanizado.*

5.2.2.1- Autopercepção enquanto cuidador

Nesta subcategoria reunimos os depoimentos que trazem a autopercepção dos enfermeiros enquanto sua condição de cuidador.

A autopercepção é vital para o estabelecimento do relacionamento interpessoal adequado no processo de cuidar, ajuda no reconhecimento da unicidade e das particularidades do paciente. Perceber a si mesmo possibilita à pessoa tomar ciência das próprias limitações e fragilidades, permite melhor usufruto de suas potencialidades e o conhecimento de que as diferentes características individuais das pessoas fazem parte da natureza humana. O que as pessoas fazem em qualquer momento da sua vida é determinado pela maneira como elas se vêem, como se percebem e como percebem a situação em que estão envolvidas (GUENTHER, 1997; HOGA, 2004).

A autoconsciência faz com que os profissionais tenham facilidade para adotar atitudes de maior tolerância quanto aos próprios limites e a mesma lógica permeará suas ações face às pessoas cuidadas. Essa conduta permite melhor captação das necessidades subjetivas dos pacientes e, conseqüentemente, um atendimento mais integral a essas pessoas (HOGA, 2004).

Ao abordar essa questão durante a entrevista, foi possível perceber nos enfermeiros um momento de introspecção, aflorando sensações diversas: uns se

declararam angustiados e frustrados por não conseguirem colocar em prática aquilo que compreendem como cuidado humanizado, atribuindo essa situação, na maioria das vezes, a vários problemas inerentes à instituição; outros se declararam tranqüilos e esperançosos com a perspectiva da assistência em bases humanistas. Afirmaram buscar a compreensão do sentido da vida pela experiência do cuidar, considerando-se batalhadores e motivados, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

[...] eu acho que sou uma batalhadora. Gosto de ser enfermeira, gosto de onde eu faço a enfermagem (E7).

[...] me vejo esperançosa... eu tenho esperança que melhore [...] pode falar assim que eu estou esperançosa... (E15).

[...] eu me percebo com muita vontade assim [...] estou à vontade para fazer meu trabalho [...] dentre de todas as dificuldades, existe uma vontade maior que motiva... eu estou motivado (E21).

[...] eu estou disposta, eu acredito neste hospital [...] eu gosto daqui e me empenho mais aqui do que em outro local (E26).

[...] eu acho que estou tranqüila com a minha maneira de ser e trabalhar [...] eu acho que a gente fazendo a parte da gente, acho que dá para levar... (E27).

Vale destacar que os enfermeiros, ao falarem de si na condição de cuidador, demonstraram certo entusiasmo, expresso pela linguagem corporal, tom da voz e fluidez nas palavras. Entretanto, houve entrevistados que se mostraram desanimados e mencionaram sentimentos de frustração no seu dia-a-dia de trabalho na instituição.

[...] olha como cuidador eu me vejo assim [...] às vezes um pouco com as mãos atadas [...] tudo aqui demora muito [...] uma coisa que era para durar um ano, às vezes dura dois, três... então a gente se sente um pouco amarrado quanto à humanização da assistência de enfermagem aqui (E2).

[...] eu me sinto frustrada... por que eu não faço meu trabalho de enfermeira, aqui a gente faz serviço de despachante... me dá até vontade de chorar do tanto que eu estou frustrada (E5).

[...] eu me vejo frustrada porque eu não posso realizar o que eu quero [...] às vezes, eu chego em casa como se não tivesse com o serviço completo, sempre deixando alguma coisa para fazer depois quando eu voltar [...] eu me sinto não realizada ainda, mas... espero... (E10).

[...] me sinto frustrada, porque a gente quer colocar alguma coisa e não consegue... (E24).

Matsuda et al. (2007) e Waldow (2006) consideram que o sentimento de insatisfação e frustração dos enfermeiros no ambiente hospitalar, geralmente, advém de inúmeras pressões sofridas no seu ambiente e de condições de trabalho inadequadas, o que pode refletir negativamente no processo do cuidado.

A frustração e o sentimento de impotência presentes nesses relatos mostram que esses profissionais não se sentem realizados no exercício de suas atividades na instituição. Essa condição, segundo Mizukami (1996) opõe-se ao objetivo do ser humano, que é a auto-realização, o uso pleno de suas potencialidades e capacidades em todos os momentos de sua vida.

De acordo com Grun (2005), em todo tempo o cuidado deve promover o bem estar, pois não é simplesmente um trabalho que podemos realizar, mas é a arte de viver intensamente. O cuidado implica em crescimento para o paciente, e sobretudo, para o profissional, como destaca o seguinte relato:

[...] a gente lida com a vida o tempo todo, vidas de pessoas que são frágeis e ao mesmo tempo muito fortes... às vezes, nos ensina muito aquela vontade deles de viver, de brigar pela vida, então o ser humano nos ensina muito [...] eu me sinto como enfermeira engatinhando, aprendendo a contornar todo dia as dificuldades (E3).

As práticas profissionais do cuidado sempre fornecem ganhos qualitativos para paciente e para o profissional, uma vez que é uma via de mão dupla, em que um ser humano dotado de preparo técnico, científico e humanístico auxilia o outro ser que precisa de ajuda de um profissional dotado de tais atributos. Desse modo, a

satisfação do paciente com o cuidado, refletir-se-á benéficamente sobre o profissional (HOGA, 2004).

Waldow (2006) considera que, de forma geral, o processo do cuidado envolve transformação do ser cuidado e do cuidador. No que se refere ao profissional, o crescimento traduz-se em satisfação, segurança e melhora da auto-estima, proporcionando-lhe bem-estar. Acrescenta que, quando o profissional se percebe dessa forma, sua identidade é fortalecida, o que contribuirá ainda mais na valorização do cuidado. Essa percepção aguça o desejo do profissional de se tornar melhor.

Hoga (2004) alerta que nem sempre é possível o profissional perceber esses valores. Considera que, geralmente, o cansaço e a fadiga favorecem essa situação, podendo ser natural o profissional sentir algum grau de cansaço ao encerrar seu turno de trabalho. No entanto, afirma que ele não deve se sentir completamente esvaído em sua condição física e emocional. Acrescenta que se isso ocorrer, pode ser indício de que suas atitudes e comportamentos em relação a si, ao outro e ao processo de cuidar não estejam adequadas. Nesse caso, receber ajuda especializada de um profissional pode ser uma boa estratégia para rever as suas atitudes para consigo mesmo e para com os outros.

O cuidado de si é dimensão integrante do cuidado do outro. Aquele que cuida de si e se sente comprometido com a vida como um todo, conseqüentemente, exercita a humanidade no viver cotidiano. O cuidado de si é um cuidado ético e, a partir dele, torna-se possível estabelecer uma atitude de compromisso e de transformação pessoal, profissional e social (SILVA, A., 2000). Chamamos a atenção à narrativa de um profissional que relata sua experiência ao buscar ajuda psicoterápica:

[...] eu me via há certos anos um pouco tecnicista [...] fui fazer terapia, trabalhar minha higiene mental mesmo, para poder perceber as coisas de forma mais humanizada, porque o ser humano é um ser muito complexo [...] porque você tem que chegar aqui [...] vivenciar aquilo, não é sofrer com o paciente... não é sofrimento... é você ser empática [...] como forma de me proteger, eu fiquei tecnicista mesmo, então com a terapia eu voltei a lidar com esta parte de forma mais tranqüila [...] eu percebo que alguns colegas que estão ficando tecnicista, é uma forma deles se protegerem para não sofrer e hoje eu consigo ser mais humana por ter esta ajuda externa [...] se não tivesse procurado ajuda eu ainda estaria exercendo somente esta parte técnica, que é o foco de muitos (E25).

Collet e Rozendo (2003) consideram que não é raro os enfermeiros utilizarem mecanismos de defesa e imunizarem-se contra a percepção do sofrimento e da dor dos pacientes, assumindo uma postura de indisponibilidade e de intolerância para com a emoção provocada pela percepção do sofrimento do outro.

Esse pensamento é coerente com o de Mezzomo (2003b) que adverte que os trabalhadores da saúde, particularmente enfermeiros e médicos, correm o risco de entrar em um anestesiamiento progressivo dos seus sentimentos e emoções. De tanto verem o sofrimento da morte e a alegria do nascimento, o emocional desses profissionais não é mais afetado, tudo passa a ser visto como natural, levando a um comportamento assustador. Enfatiza que não é necessário chorar com quem chora, nem agonizar com quem morre, mas o respeito pela dor e pelo momento difícil do outro é indispensável para não perdermos nossa humanidade.

A esse respeito, Remen (1993) alerta que um dos principais efeitos provocados pela repressão da emoção é o esgotamento psicológico dos profissionais. Devido a esse efeito, muitos deles sentem a necessidade de negar constantemente as emoções com a intenção de adquirir a objetividade precisa na terapêutica.

Entendemos que a postura objetiva, às vezes, torna-se necessária nas nossas atividades, mas o profissional deve reconhecer até que ponto pode manter esse comportamento, pois, de acordo com Remen (1993), a objetividade exclui aspectos importantes da pessoa e da situação, visto que não favorece o envolvimento pessoal, condição necessária para o cuidado humanizado.

Ao assistir o paciente, oferecendo o cuidado apenas como soma de tarefas, perde-se a essência dos princípios humanistas. Para que o cuidado seja humanizado, o profissional deve cuidar da pessoa na sua integralidade e se encontrar presente na ação de forma completa (HYCNER, 1995; REMEN, 1993; ROGERS, 1997).

O cuidado integral à pessoa hospitalizada, segundo os princípios ético-humanistas, é um dos objetivos presentes na missão da instituição hospitalar em que este estudo foi desenvolvido. Entendemos que, para conseguir este objetivo, é necessário que os profissionais trabalhem sentindo-se satisfeitos, motivados, acreditando sempre na melhoria do serviço em todos os aspectos, com a consciência que suas ações contribuem para o sucesso de toda a instituição.

Nesse aspecto, Moura (1992) afirma que o hospital, assim como qualquer outra organização, terá melhor ou pior imagem junto aos seus clientes de acordo com as percepções que seus funcionários transmitem. Logo, quanto mais satisfeitos estiverem os funcionários na organização hospitalar, indiretamente e/ou diretamente estarão contribuindo para o estabelecimento de um clima favorável à recuperação dos pacientes.

Collière (1989) enfatiza que é imprescindível a enfermagem gostar do que faz, sentir-se feliz com o seu trabalho e valorizar o cuidado em toda sua plenitude, desde as ações mais simples às mais complexas, exercendo-as com propriedade,

com competência científica, habilidade técnica, sensibilidade e muito prazer.

5.2.2.2 – Atitudes pessoais para o cuidado humanizado

Nesta subcategoria, reunimos os depoimentos que mostram as atitudes pessoais dos profissionais para a efetivação do cuidado humanizado. Percebemos que os profissionais demonstraram que estão dispostos a contribuir com a instituição, na busca da qualidade do cuidado com competência técnica e humana. Ao abordarem essa questão, os enfermeiros consideraram que o caminho mais viável para dar visibilidade ao cuidado humanizado na instituição é despertar e sensibilizar o lado humano dos profissionais, incentivando todos os trabalhadores para o desenvolvimento de ações fundamentadas na assistência humanizada, valorizando aquelas já existentes, além de aliar a busca do conhecimento científico a momentos de reflexão em que as experiências e dificuldades sejam discutidas.

[...] acho que incentivar os outros profissionais, passar isto para frente, para os técnicos, pessoas a quem eu sou responsável no caso a implementar uma assistência humanizada, acho que começando aqui pelo meu setor, acho que fica mais fácil para o hospital como um todo (E1).

[...] sempre estou disposta a contribuir com o meu serviço [...] trabalhando a questão do cuidado humanizado com os colegas e cuidando do paciente com atenção e respeito (E4).

Eu tenho contribuído... tenho tentado [...] sempre com esta visão humanista na clínica, tentando achar estratégias que motivem os funcionários, que motivem os próprios clientes e estar sempre engajada nos cursos de capacitação e sempre trabalhando de alguma forma na formação de novos profissionais (E6) .

Minha contribuição é estar sempre trazendo coisas novas... idéias que são passadas para o gerente, que é repassado para a equipe para a coisa acontecer... trazendo tudo para o grupo (E21)

Compreendemos que a humanização do cuidado no ambiente hospitalar

é um processo de construção gradual, que se faz no trabalho coletivo por meio do compartilhamento de conhecimento e sentimentos. A esse respeito, Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006a) comentam que, embora seja um trabalho coletivo, o processo de humanização do cuidado parte da vontade e do compromisso individual de cada profissional, visto que “ninguém humaniza ninguém. São as pessoas, pela sua inserção na realidade concreta, que propõem uma mudança [...] por meio da reflexão, do diálogo, da escuta e da auto-sensibilização” (p.224).

O cuidado, no contexto da humanização, deve ser entendido como uma atitude de cada pessoa, em que a consciência e a sensibilidade à dor e ao sofrimento do outro sejam premissas de toda a ação profissional na instituição hospitalar. Percebemos que os enfermeiros demonstraram essa compreensão, quando atribuíram ao processo da humanização à vontade do profissional e quando se mostraram dispostos a contribuir com a instituição na conscientização da equipe de enfermagem quanto a esses aspectos.

[...] está ligado a esta questão de sentar... de conversar...de troca de experiências [...] é algo que vai se desenvolvendo com o tempo [...] Humanização, você tem que prestar isto daí, não dar pra chegar assim: vai aprender humanização! Isto não existe. É uma coisa interior, não é isso? Então é de cada pessoa a iniciativa, é de cada um... é... todo mundo ter o mesmo objetivo [...] então se todos focarem naquele objetivo, acredito que as coisas acontecem (E7).

Acreditamos que essa atitude requer dos profissionais a apreensão da visão de mundo, de homem e dos aspectos filosóficos inerentes à condição existencial e do significado do cuidado. Os enfermeiros devem transmitir esses valores à sua equipe, principalmente por meio da sua conduta, da sua postura enquanto profissional, conforme menciona um dos entrevistados: “[...] só falar não vai resolver... é atitude” (E11).

Pensar no cuidado como atitude nos faz reportar ao pensamento de Boff (2004), que considera o cuidado mais do que um ato; é atitude de respeito, de desvelo de compreensão, de compromisso e de solidariedade para com o outro.

Cada profissional é um ser único, vive momentos diferentes e tem seu potencial e escolhas que podem redirecionar e transformar a realidade do cuidado. Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2006) destacam que a postura humanista poderá exigir renúncias de interesses individuais, para que se possa perceber o coletivo, fator decisivo no processo do cuidado. O conhecimento das potencialidades e limitações individuais diante da complexidade do cuidado é fundamental.

Em determinados momentos, nós, profissionais de saúde, podemos sentir que não estamos suficientemente preparados para lidar com a subjetividade do outro e com a complexidade que envolve o cuidado. Diante dessas circunstâncias, a busca do conhecimento específico se constitui um aliado no processo. Essa situação foi destacada nas seguintes narrativas:

[...] estou ajudando fazendo terapia, faço terapia voltada muito para esta parte de trabalhar a morte e de trabalhar o cuidado [...] então a minha contribuição é buscar ajuda para aplicar na prática... a gente tem muita dificuldade porque a nossa formação é muito centrada na doença [...] eu sinto falta dessa formação mais humanística que se fala tanto... (E25).

[...] acho que eu posso ajudar no seguinte... eu gosto de estudar, então eu acho que a busca do conhecimento é importante [...], não só a questão patológica, mas você conhecendo de pessoas... de como lidar com as pessoas você acaba facilitando o serviço (E26).

Esses depoimentos fazem-nos pensar no processo de formação profissional de saúde de modo geral. Sabemos que apesar das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde que norteiam este processo estarem centradas no paradigma ético-humanista (BRASIL, 2001), o reflexo do ensino tecnicista, focado no modelo biomédico e com prioridade no

desenvolvimento de competências tecnocientíficas, ainda é muito visível na prática profissional.

Ribeiro et al. (2005), ao analisarem as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, mostram que o documento contempla ações profissionais embasadas nos pressupostos ético-humanistas e que o desafio recai, principalmente, nas instituições formadoras de recursos humanos.

Carvalho (2006) considera que deve ser dada à formação do profissional uma atenção especial para o desenvolvimento do autoconhecimento de forma mais profunda possível, com amplas discussões sobre os aspectos éticos e humanistas que facilitam a boa prática profissional, por meio do relacionamento com o paciente, com os familiares deste e com toda a equipe de trabalho.

Mezzomo (2003b) alerta que os trabalhadores da saúde devem cuidar de si próprios, de seu aprimoramento cultural e humano. Ressalta que todos devem receber a devida atenção e cuidado em seu modo de ser consigo e com os outros, em seus sentimentos e emoções, em sua mente e em seus paradigmas, visto que é um direito de todo ser humano. Conclui que as técnicas para isso se encontram no aprimoramento das relações humanas alicerçadas na competência e no carinho em dose certa.

Considerando a diversidade das atividades dos enfermeiros na instituição hospitalar, é comum ao profissional atuar mecanicamente sem pensar no significado das suas ações para com o outro e para consigo. Refletir sistematicamente sobre as suas atitudes, seja no trabalho ou em qualquer outra situação, é uma boa estratégia para tornar-se uma pessoa mais sensível e mais humana, como é enfatizado pelo pensamento humanista (BUBER, 1974; HOLANDA, 1998; HYCNER, 1995; ROGERS, 1997, 2001). O relato de um entrevistado traz essa idéia:

[...] olha eu tento fazer uma reflexão diária, eu tento fazer isto. Como eu estou sendo enquanto profissional, como enfermeira... e como pessoa... isto é uma coisa muito pessoal... é muito meu... eu tento fazer isto no meu dia-a-dia, sempre esta reflexão... (E14).

O exercício da auto-reflexão é uma prática pouco comum entre os profissionais da categoria de enfermagem no desenvolvimento de suas atividades diárias, cuja característica é a ação com rapidez para atender à várias obrigações do serviço. O profissional sempre está muito ocupado e considera que não pode perder tempo para analisar determinadas situações, simplesmente tem que fazer suas tarefas, porque a rotina solicita que essas devem ser cumpridas. Silva (2004) argumenta que, no desenvolver das atividades, nós enfermeiros, não podemos correr tanto no dia-a-dia, a ponto de esquecermos onde estamos, quem somos, por que estamos ali e para onde vamos. Precisamos parar, e pensar sobre isso para o enfrentamento dessa dificuldade que faz parte do cotidiano da maior parte das pessoas da nossa categoria.

Quando pensamos em cuidado humanizado no hospital, pensamos em atitudes profissionais positivas que levem o paciente ao bem-estar em todas as suas dimensões existenciais. Compreendemos que essas atitudes surgem principalmente quando olhamos para a existência humana com respeito e atenção. Morita, Marx e Bento (2003) consideram que a humanização do cuidado é entendida como valor, na medida em que se resgata o respeito à vida humana em dimensões que atingem as circunstâncias sociais, éticas e psíquicas presentes em todo ser humano. Os depoimentos a seguir trouxeram essas considerações:

Minha contribuição é ajudar na medida do possível [...] acima de tudo, cuidando com respeito e atenção, não somente o paciente, mas a sua família e também os funcionários (E8).

[...] acho que primeiro, é olhando o fator pessoal mesmo, acho que

tratar tanto o paciente, como o colega, como funcionário com respeito, sabendo abordar as pessoas, acho que já é uma grande coisa ... e tentar agilizar o trabalho da equipe, criando um ambiente bom (E16).

O respeito é uma das qualidades que temos para nos relacionar com outras pessoas. Entendemos que o respeito, começa em cada um de nós, é a forma com que se percebe o outro, manifestada pela atitude assumida diante de si e das pessoas com as quais nos relacionamos. Hycner (1995, p.25) considera que a “atitude com que me aproximo do outro, é também a atitude com que me aproximo de mim mesmo. Se valorizo o outro, isso reflete na minha própria auto-valorização. Se transformo o outro em objeto, também serei objeto”. Não existe discurso de humanização assistencial que se sustente se não colocarmos a atenção no respeito à pessoa em sua dignidade em toda e qualquer situação.

5.2.3- O PARADOXO DO CUIDADO HUMANIZADO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Nesta categoria estão reunidos os relatos que trazem a opinião dos enfermeiros sobre os aspectos dificultadores e facilitadores para a efetivação do cuidado humanizado na instituição em que este estudo foi realizado.

Percebemos que os entrevistados têm a compreensão de que o cuidado humanizado parte do compromisso do profissional e da valorização do paciente na sua dimensão subjetiva. Entretanto, ponderaram que uma série de fatores devem ser considerados para a efetivação dos pressupostos da humanização da assistência na instituição. Assim, a maioria dos entrevistados mencionou que os fatores dificultadores para a efetividade do cuidado humanizado na instituição estão diretamente ligados à falta de sensibilização dos profissionais para a temática, à

falta de apoio dos gestores no sentido de estabelecer uma política de trabalho efetiva para o processo, à organização deficiente do serviço, aos recursos humanos e materiais insuficientes, às condições de trabalho inadequadas, à infra-estrutura precária e ao frágil vínculo entre os próprios profissionais e entre eles e os gestores. Por outro lado, alguns entrevistados apontaram o apoio da diretoria (geral e de enfermagem), a sensibilidade e o compromisso de alguns profissionais como fatores facilitadores para a implementação do cuidado humanizado na instituição.

A partir da problematização dos fatores dificultadores/facilitadores apresentados pelos entrevistados, suas respostas foram agrupadas em duas subcategorias que, paradoxalmente, apresentam determinadas condições que ora facilitam, ora dificultam a implementação do cuidado humanizado: *disponibilidade interna do profissional; a gestão e a organização do trabalho.*

5.2.3.1- Disponibilidade interna do profissional

Nesta subcategoria agrupamos os relatos dos enfermeiros que consideram a disponibilidade interna do profissional como determinante para o cuidado humanizado na instituição, seja facilitando ou dificultando o processo.

Sem dúvida alguma, a pessoa do profissional é decisiva nesse contexto, visto que a humanização envolve a vontade e consciência de cada profissional. Padilha et al. (2004) argumentam que os profissionais de saúde devem ter a compreensão de que são participantes ativos no processo de cuidar, devendo apreender o significado da vida pela capacidade de perceber a si e ao outro.

Nessa perspectiva, alguns entrevistados consideram que a instituição

conta com profissionais que facilitam o processo de humanização por se mostrarem sensíveis, comprometidos, confiantes e motivados com o trabalho, como ilustram os seguintes relatos:

[...] facilidade é a disponibilidade e a boa vontade da equipe [...] parece que tem muita gente muito envolvida... (E8).

O que facilita é a boa vontade de alguns, o interesse de alguém, apesar das dificuldades, buscam uma assistência humanizada (E11).

Eu acho assim que a equipe de enfermagem está envolvida isto facilita, foi sensibilizada [...] já tem esta visão de atendimento humanizado, isto facilita... não é como lá fora que ninguém nunca ouviu falar (E20).

[...] pela característica do hospital de ser um hospital escola, da gente participar de muitos cursos e muitas palestras, o pessoal acaba com a mente mais aberta, então é mais fácil você conviver e trabalhar com pessoas assim do que em outras instituições (E26).

As situações referidas pelos entrevistados como fatores desencadeantes do processo de humanização são congruentes com o pensamento de Bamberg & Soares (2003) que consideram os sentimentos de confiança, cooperação e disponibilidade fundamentais para que a equipe mantenha relações harmoniosas, facilitando o trabalho em conjunto e, conseqüentemente, dispense uma assistência de melhor qualidade ao paciente hospitalizado. Consideram que essas relações são igualmente ou até mesmo mais importantes do que a qualificação técnica individual de seus membros.

Em contrapartida, alguns entrevistados percebem que os profissionais não estão sensíveis quanto à humanização do cuidado na instituição por se mostrarem descompromissados com o serviço. Apontam ainda que a falta de integração com outros profissionais e a percepção de si próprio quanto aos valores relativos à condição humana são aspectos que dificultam a assistência humanizada,

como é apontado nos depoimentos seguintes:

[...] a gente ainda traz certos valores de antes... alguns valores que a gente não conseguiu tirar ainda... então acho, que é o próprio profissional que vai mudar isto, nem tanto de conhecer... e de leitura não, é vontade mesmo, de querer melhorar, e de querer fazer um cuidado mais humanizado (E1).

A grande dificuldade é a falta de conscientização dos profissionais estarem fazendo a assistência de enfermagem humanizada (E11).

Falta sensibilização... despertar para o tema e trabalhar isto no dia-a-dia (E14)..

Eu acho que falta mesmo é a vontade de cada um [...] isto é muito individual, acho que aquela coisa da parte curativa, da assistência curativa está ainda muito presa, domina muito os profissionais, por mais que eles queiram, e por mais que a gente queira, a gente acaba fazendo uma coisa que não é daquele jeito [...] quando você percebe, você está lá pegando no pé do paciente, sacudindo ele: oi seu fulano! sem se preocupar se ele quer ou não que faça aquilo com ele, se ele quer tomar um banho ou não, se está na hora da higiene oral, às vezes, não é isto que ele quer...então o grande dificultador é a falta de vontade (E27).

Os conteúdos dos relatos nos levam a retomar a idéia de que o processo de humanização é individual, parte da vontade e do compromisso de cada um, da compreensão do significado da vida e da capacidade de perceber a si mesmo e ao outro (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2006; PESSINI et al., 2003).

Nesse sentido, Moscovici (2005) considera que toda consciência traz em si as possibilidades de mudança, por meio da percepção da realidade externa ou interna. Se a percepção se modifica, vários outros planos do processo psicológico também se modificam, levando o indivíduo não apenas a ver diferente, mas a sentir e pensar de forma diferente e, conseqüentemente, a agir de outra maneira.

O cuidado humanizado precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa, porém a sua efetividade acontece no trabalho coletivo. Assim, humanizar envolve a responsabilidade de todos, do indivíduo e do coletivo. No que tange ao coletivo é essencial que todos os profissionais da instituição hospitalar

mantenham um trabalho em equipe, construído na confiança e no respeito ao outro (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2006; MOSCOVICI, 2005).

Alguns entrevistados consideraram que as relações interpessoais no trabalho na instituição, não são ideais, quer seja entre os próprios membros da equipe de enfermagem, quer seja entre a enfermagem e os membros de outras categorias profissionais.

[...] falta compreensão entre os colegas [...] não é só enfermeiro não, falo de todo mundo, então falta uma unidade da equipe inteira para prestar uma assistência humanizada ao paciente (E5).

[...] é a conscientização, não só da enfermagem, mas de toda a equipe de trabalho, eu acho que falta unidade da equipe (E25).

A esse respeito Bamberg & Soares (2003) apontam que em todo tempo deve ser valorizada a companhia do colega de trabalho de maneira criativa, com respeito às diferentes formações profissionais. Isso constitui um fator facilitador para a prestação do cuidado com qualidade e um fortalecedor das relações interpessoais, o que faz os indivíduos buscarem objetivos comuns, além de promover satisfação pessoal.

Moscovici (2005) alerta para esse aspecto quando argumenta que desde sempre a convivência humana é difícil e desafiante. Pessoas convivem e trabalham com pessoas e portam-se como pessoas; comunicam-se, simpatizam ou sentem aversões, aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, colaboram e desenvolvem afeto. Essas reações, voluntárias ou involuntárias, constituem o processo de interação humana, em que cada pessoa, na presença de outra pessoa, não fica indiferente.

As relações interpessoais têm como primazia o respeito pelo outro na sua condição de pessoa, devendo ser cultivada pelos enfermeiros entre si, com os

demais profissionais e, especialmente, no cuidado ao paciente. Na opinião de um entrevistado, alguns profissionais têm dificuldade em manter esse princípio.

Acho que principalmente falta é o respeito à pessoa [...] eu considero mais importante na humanização é o respeito à pessoa como ser humano (E26).

O clima favorável nas relações interpessoais é enfatizado por Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006a) como uma regra de ouro a ser cumprida pelos profissionais de saúde. Concluem que o processo de humanização do cuidado depende de uma questão básica: relacionamento de trabalho saudável entre toda a equipe de saúde. Esse pensamento também foi expresso por Collet & Rozendo (2003) ao considerarem que humanizar o cuidado é ir além da competência técnico-científico-política dos profissionais, compreendendo o desenvolvimento da competência humana nas relações interpessoais pautadas no respeito ao ser humano e na sensibilidade de perceber as necessidades singulares dos sujeitos envolvidos.

Compreendemos que as relações de trabalho saudáveis precisam ir além da boa convivência diária de um específico grupo de trabalho, precisam ser abrangentes e solidificadas de fato, no respeito à pessoa, visto que, quando pretendemos humanizar a assistência no ambiente hospitalar, pressupomos o trabalho em conjunto de diferentes profissionais, não se limitando a uma única categoria profissional.

Baraúna (2003) pondera que o trabalho interdisciplinar pode favorecer uma multiplicidade de enfoques e alternativas para a compreensão de aspectos que estão envolvidos no atendimento ao paciente, colaborando para o estabelecimento de uma cultura de respeito e valorização da vida humana no cuidado ao paciente. A

efetividade e a harmonia do trabalho da equipe multiprofissional na instituição foram destacados por alguns entrevistados como fatores facilitadores do cuidado humanizado.

Eu acredito que o que facilita é a cooperação de todos profissionais, porque eu acredito que a maioria tem esta necessidade... (E4).

Eu acho que o que facilita é a questão de trabalhar com a equipe multidisciplinar, a equipe aqui trabalha integrada, eu acho que isto no meu ponto de vista, ajuda [...] eu acho que isto é extremamente importante (E13) .

Por outro lado, quando o hospital não conta com uma equipe multiprofissional atuante na assistência ao paciente em todos os setores, pode suscitar um agravante ao cuidado que pretende ser holístico. Tal situação foi abordada por um entrevistado.

[...] Olha, eu acho que o próprio hospital não disponibiliza dos meios para você concretizar as coisas que você quer, por exemplo a assistência multiprofissional que seria um dos canais da humanização é muito complicado aqui, porque você não tem os profissionais em número suficientes [...] precisa de psicólogo... não tem [...] precisa de conversar com nutricionista, não tem... a gente não consegue, então eu acho que esta questão dos multiprofissionais, para mim, é o que mais dificulta, onde eu trabalho... (E26).

Entre os princípios do HumanizaSUS, está o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade. Com isso, assegura o papel de cada profissional no contexto da humanização, o que implica em troca de saberes e em modos de trabalhar em conjunto que proponham mudanças pelo encontro entre os seus componentes (BRASIL, 2004).

Chamamos a atenção para o depoimento seguinte que, além de valorizar o trabalho da equipe multidisciplinar, ressalta a disponibilidade dos profissionais para o cuidado e a importância da comunicação no processo de humanização da

assistência.

[...] a gente tem uma equipe multiprofissional [...] então isto contribue porque todos se ajudam mutuamente e facilita a gente lidar com pessoas carentes, que são pessoas mais humildes, que estão assim ávidas por estarem recebendo esclarecimentos. Eles chegam totalmente leigos em um ambiente totalmente hostil e estranho, chegam cheios de receios e à medida que a gente vai conversando e vai explicando as coisas, a gente percebe que eles vão se tranquilizando e acreditando no nosso trabalho, isto é o mais importante... (E3).

A comunicação é inegavelmente um instrumento essencial ao processo de humanização do cuidado (BRASIL, 2004; DESLANDES, 2004, 2006; MAILHIOT, 1998; MELO; CORTELAZZO, 2003; SILVA, 2002, 2003, 2006; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005). Heidegger (2003), o filósofo do cuidado, considera o homem como um ser de comunicação.

O profissional de saúde necessita reconhecer que o paciente e o seu familiar precisam receber esclarecimentos em todos os aspectos, seja em relação ao diagnóstico, à terapêutica ou à organização do serviço hospitalar, em uma linguagem acessível. Barcelos & Alvim (2003) e Melo & Cortelazzo (2003) entendem a comunicação como um ato de interação entre o profissional e o paciente/familiar capaz de suscitar novas possibilidades de enfrentamento da doença e hospitalização, contribuindo para uma ação terapêutica mais efetiva.

Para a enfermagem, a comunicação envolve arte, criatividade e conhecimento. Essa interação se processa pela troca, por palavras que afirmam o valor da vida. Também pela linguagem não-verbal o paciente e seu familiar são capazes de entender e decodificar quando estamos juntos deles. Tais aspectos são importantes e justificam a necessidade do enfermeiro adquirir competência em comunicação na sua relação com aqueles a quem assiste (GOTARDO, 2002;

SILVA, 2002; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Silva (2002), reforçando a importância da comunicação no processo de humanização do cuidado, considera que a mensagem que o profissional deve sempre transmitir ao paciente é de que, como ser humano, é capaz de *estar com*, é capaz de relacionar-se e de entender o outro. O enfermeiro deve sempre estar preocupado em “por em comum”, resgatando a origem da palavra comunicação.

Nessa perspectiva, humanizar o cuidado é assegurar que a ação comunicativa perpassa todo o processo. Devemos garantir à palavra a sua dignidade ética. A questão ética no cuidado surge quando o profissional realmente se preocupa com o paciente e, para isso, ele precisa perceber o outro, relacionando-se e conseqüentemente se comunicando. A partir desse pensamento, concluímos que a questão ética, a comunicação e a humanização caminham juntas (BRASIL, 2000; DESLANDES, 2004; MARTIN, 2006).

As normas e rotinas preconizadas pelo serviço, às vezes, podem dificultar o processo da comunicação efetiva entre o profissional e o usuário do sistema de saúde. Um entrevistado chamou atenção para esse aspecto.

[...] o que dificultam são as normas muito rígidas que têm de serem cumpridas, por exemplo o pai ou a mãe de uma criança liga aqui dentro, querendo saber notícias da criança e eu não posso dar, porque a norma é que eles têm que pegar o boletim médico lá na portaria, ligar na portaria, então isto é uma norma que você tem que cumprir mesmo não concordando (E3).

Manter os familiares informados sobre as condições clínicas dos pacientes em uma linguagem clara, compreensível e oferecer-lhes apoio, são fundamentais ao processo de humanização da assistência. Na realidade, o que percebemos é uma profunda desconsideração por parte dos profissionais em relação a essa questão, gerando insatisfação e insegurança aos familiares,

principalmente quando esses não podem estar ao lado do paciente e as informações chegam a eles por meio de boletim informativo sistematizado, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

A forma de transmitir informação aos familiares de pacientes internados em UTIs, por meio de um boletim com informações padrão do tipo “grave”, “regular” e “estável” é uma normativa imposta na grande maioria das instituições. Esta forma de comunicação provoca discussões e recebe críticas em relação a sua efetividade. Em um estudo recente, Barbosa & Brasil (2007) concluíram que o boletim informativo, na percepção de familiares de pacientes e profissionais de saúde foi considerado como insatisfatório, por “apresentar linguagem técnica e simplificada, não individualizada e sem critérios de elaboração” (p.327).

Especificamente no caso das UTIs, alguns entrevistados relataram que, no sentido de favorecer uma atenção maior ao familiar quanto à comunicação e mantê-los informados sobre as condições clínicas, usam o bom senso, a consciência e, se necessário, “burlam algumas normas”.

Devagarzinho, dependendo da situação eu burlo um pouco as normas ...não sei se está certo, se está errado, mas eu faço isto como gostaria que fizesse comigo, eu no lugar dessas pessoas, [...] é explicando... falando porque estar acontecendo aquilo... para que serve aquele aparelho, procurando sanar dúvida porque as dúvidas geram conflitos e insegurança [...] faz com que a pessoa veja a situação e, às vezes, até aumente a gravidade de algumas situações por falta de orientação (E3).

[...] então a gente tem que proporcionar isto pra eles... quebrar regras? claro, quebrar muitas regras... (E4).

Tais depoimentos mostram a importância do profissional estabelecer uma relação empática com quem assiste, reforçando mais uma vez o valor da comunicação efetiva. Trevizan et al (2002) ponderam que, no ambiente hospitalar, os enfermeiros, mais do que qualquer outro profissional de saúde, têm freqüentes

oportunidades de facilitar e manifestar o respeito pelos direitos dos pacientes e de seus familiares, uma vez que são eles os responsáveis pela implementação do cuidado, o que lhes confere oportunidade de orientar e de prestar informações completas, precisas e verdadeiras.

5.2.3.2 - A gestão e a organização do trabalho

O termo humanização compreende um conjunto de elementos que remetem à pessoa humana como sujeito do processo. Nesse sentido, consideramos que a efetivação do cuidado humanizado no ambiente hospitalar demanda principalmente por parte dos dirigentes, o estímulo às iniciativas, a proximidades nas relações e a flexibilidade para compreender o ser humano em suas inquietações e perspectivas de vida (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006a).

Além disso, acreditamos que o papel do gestor hospitalar é de organizar o trabalho de forma a facilitar o serviço dos trabalhadores no sentido de desenvolver suas habilidades e competências, possibilitando que sejam capazes de realizar por si próprios, processos inovadores. Para isso, é essencial que o gestor tenha vontade política para prover os meios e andar junto com os profissionais em busca de objetivos comuns.

Alguns entrevistados percebem os gestores da instituição como aliados na implementação do cuidado na instituição, por favorecerem de alguma forma o processo.

[...] acho que facilita aqui no hospital, é a gerência, os profissionais acima de você em certo grau de hierarquia, estão preocupados mais com isto: cuidado humanizado, eles vêm implementando políticas para que isto venha acontecer... (E1).

[...] é o gerente está apoiando, a diretoria está apoiando, a faculdade

de enfermagem... isto motiva a gente, é um facilitador... (E6).

[...] aqui no hospital o que facilita é principalmente o apoio da direção [...] porque, se você tem no hospital um apoio da direção de enfermagem, da direção geral, no sentido de prestar um cuidado humanizado dentro da sistematização da assistência você tem um respaldo, você tem um suporte para você dar seguimento naquilo que você acha que é importante e acha que faz parte da profissão do enfermeiro (E17).

Sem dúvida, quando os trabalhadores percebem o apoio dos gestores e a possibilidade de parceria no desenvolvimento do trabalho, suas ações no cotidiano do hospital são fortalecidas. Tal situação, segundo eles favorece a prática de ações humanizadoras na instituição. Alguns entrevistados mencionaram que percebem esse apoio institucional na liberdade e autonomia que têm no trabalho.

Tem essa abertura, por exemplo... hoje eu tenho mais autonomia (E6).

[...] a gente tem mais liberdade de expor nossas idéias [...] eu sinto muita liberdade dentro do hospital para poder questionar... para poder falar... (E14).

[...] a gente tem uma certa autonomia, eu já trabalhei em hospital particular e é muito castrador... então aqui você tem certa autonomia, até para falar dos direitos do cidadão, para trabalhar estes conceitos todos [...] acho que isto facilita um pouco... a autonomia que eu tenho (E16) .

[...] uma coisa assim que acho que facilita é a autonomia que você tem como profissional, acho que também facilita você tomar algumas atitudes, apresentar, fazer e executar, acho que a enfermagem tem um poder muito grande aqui dentro da universidade... se quiser tem... (E19).

Como servidoras dessa instituição também reconhecemos que temos certa liberdade e autonomia no trabalho e isto é muito válido para o desenvolvimento de nossas ações profissionais. Entretanto, sabemos que a falta de autonomia do enfermeiro no âmbito hospitalar, de modo geral, é um problema que, via de regra, gera insatisfação para a maioria dos profissionais. Apesar de muitos terem a

competência técnica valorizada, suas ações às vezes, são impostas por normas administrativas, outras relativas à limitação da própria categoria profissional, dando aos enfermeiros pouca liberdade de atuação na esfera do cuidado, no sentido de reorganização e implementação de diretrizes alternativas de trabalho.

Nesse aspecto, Bueno & Queiroz (2006) consideram que a autonomia do enfermeiro está relacionada à ampla dimensão do processo de cuidar e que, no campo hospitalar, um dos motivos da enfermagem ter sua autonomia restringida ocorre, principalmente, em virtude do enfermeiro se afastar da sua ação cuidadora direta, minimizando o seu potencial de ação nesse processo. Ressaltam o cuidado ao paciente como área de competência própria dessa categoria profissional e afirmam que o enfermeiro só poderá adquirir plena autonomia quando o cuidado passar a ser visto como uma esfera privilegiada na área da saúde, tanto do ponto de vista científico como prático. Para isso, é importante que os profissionais revejam os seus valores na ação do cuidado, no sentido de resgatar o que foi perdido. Concluem que resgatar a ação do cuidado na enfermagem significa, recuperar ou reconstruir a sua autonomia profissional.

Embora alguns entrevistados declararam contar com o apoio da diretoria para o cuidado humanizado, outros, informaram que sentem falta do apoio institucional, quer seja da diretoria geral ou de enfermagem, quer seja das gerências das clínicas, no sentido de motivar a equipe para um trabalho com qualidade técnica e humana.

[...] a situação é tão drástica [...] deve ser uma coisa de anos, décadas e que nunca ninguém fez nada, acho que nunca fez [...] mobilizar este pessoal para melhorar um pouco [...] tem que motivar este pessoal, eles estão desmotivados tanto quanto eu... (E5).

[...] acho que falta assim... mais motivação da equipe (E10).

A motivação é definida por Bamberg & Soares (2003, p.140) como “uma força que nos impulsiona, nos fornece energia, levando-nos a persistir em busca do alcance de nossos objetivos”.

Bergamini (1997) enfatiza que a motivação nasce no interior de cada pessoa e, para mantê-la sempre motivada, é imprescindível o conhecimento de suas necessidades e favorecimento de condições para que sejam supridas. Alerta que o desconhecimento desse aspecto favorece, paradoxalmente, a desmotivação das pessoas. Essa autora analisa que a grande preocupação não reside em adotar estratégias que motivem as pessoas, mas principalmente criar um ambiente de trabalho no qual o trabalhador mantenha o tônus motivacional que tinha em seu primeiro dia de trabalho.

Rockenbach (1985) considera que a motivação da equipe de enfermagem não significa necessariamente possuir conforto material e excelente remuneração financeira. Salaria que estão presentes na enfermagem, como em qualquer outra pessoa, os motivos idealistas como a justiça, bondade, cumprimento do dever, honestidade, autocrítica, cooperação, ética e solidariedade. Muitas vezes, os gestores não se atêm e não dão o devido valor a esses aspectos, por considerá-los como normais, ou seja, como se já fizessem parte da pessoa. Consequentemente, não percebem a importância de trabalhar a motivação dos profissionais.

Além desse aspecto, alguns entrevistados consideraram que falta também compromisso dos gestores no sentido de demonstrar mais empenho para a efetivação das políticas de trabalho que visem à humanização da assistência na instituição. Na opinião deles, as propostas desse tipo de mudanças estão apenas no plano teórico.

[...] acho que está faltando uma gerência mais de pulso... (E10).

[...] acho que o hospital fala muito... eu acho que tem que ser exemplo, eu acho que a gente não tem abertura aqui no hospital, e para falar a verdade, muita coisa você acha que vai poder fazer, mas falta muita coisa aqui (E 12).

Aqui tem que ser uma pessoa que queira fazer isto mesmo, que abrace e que vista a camisa [...] então assim, o problema vem de onde? É falta de gerência mesmo... é falta de administração e esta administração não está nem ai... (E5).

Falta também ousadia e às vezes, a gente fica filosofando tanta coisa, mas na hora de colocar isto em prática... na hora do vamos ver mesmo... lá na prática, a coisa realmente soa totalmente diferente [...] em determinado ponto você se sente ridicularizado, porque o contexto acha que aquilo ali, é supérfluo, besteira, descartável... (E7)

[...] eu acho que a gente pode ser humano, quando se dá exemplo a partir do que se faz... é muito bonito, você ler nos livros... falar, mas na hora de fazer... acho que aqui no hospital tem muito disso... (E14)

[...] todo mundo fala que aqui no hospital tem cuidado humanizado, estamos implantando, só que na prática isso não funciona (25).

Às vezes, falamos muito e agimos pouco, o que pode denotar que empreendemos um discurso vazio, sem compromisso, sem visão e sem atitude. Nesse sentido, Silva (2002) alerta que devemos ser mais cuidadosos e coerentes entre o nosso discurso e nossa ação. Enfatizando a idéia, a autora cita o filósofo Emerson que dizia: “aquilo que você é, fala tão alto que não consigo ouvir o que você me diz”.

Percebemos que os entrevistados cobram ações mais concretas da política institucional no sentido de mostrar visibilidade ao compromisso estabelecido de promover a assistência humanizada.

Nessa perspectiva, percebemos que alguns entrevistados estão totalmente descrentes quanto à efetivação da assistência humanizada na instituição a ponto de não visualizarem nenhum fator positivo que favoreça o processo, como podemos observar nestes depoimentos:

Eu acho que não posso falar pelo hospital como um todo, mas aqui no meu setor, não tem nada que facilita você oferecer uma assistência humanizada para o paciente (E5).

Nada facilita, tudo complica, você tem que ter muita força de vontade mesmo, muita paixão para você fazer [...] a gente tem que ter a cabeça feita para dar valor ao paciente neste sentido (E10).

Eu não vejo nenhuma facilidade aqui, nada facilita [...] eu acho que a gente vai atrás, busca, mas não tem abertura (E12).

Nada facilita pelo menos aqui na unidade [...] quando a gente quer colocar alguma coisa aqui é uma luta... tem que brigar muito, por exemplo: a chefia médica aqui não aceita nem o psicólogo vir aqui conversar com o paciente, imagina a família! Aí, quando você quer, tem que brigar, tem que peitar para poder colocar um parente do paciente aqui dentro... então é meio complicado (E24).

As pessoas que estão em posição de liderança têm como responsabilidade oferecer um ambiente de cuidado. Waldow (2006) considera que pouco adianta os funcionários serem sensíveis às necessidades dos pacientes se não sentem o apoio, acessibilidade, compreensão, segurança e interesse de seus administradores. A autora alerta que, para o processo de humanização ser visível na instituição hospitalar, é necessário que os gestores estejam centrados no cuidado, mostrando essa intenção por meio de um trabalho organizado, com condições adequadas e em parceria com os funcionários.

Considerando que a enfermagem representa o maior contingente da força de trabalho no ambiente hospitalar e que esses profissionais estão em constantes riscos ocupacionais pela particularidade de suas atividades, é fundamental que as condições de trabalho favoreçam um ambiente que amenize tais situações. Segundo Delgado e Oliveira (2005), o ambiente de trabalho abrange condições que vão além do espaço físico propriamente dito, no qual o trabalho se desenvolve, envolve todo o contexto hospitalar, inclusive as relações de afetividade entre a equipe.

As condições de trabalho inadequadas foram destacadas pelos

participantes, que citaram como exemplos: a falta de água potável para os profissionais, a inexistência de banheiro acessível, a falta de material para o trabalho e o insuficiente apoio dos gestores em solucionar tais problemas.

[...] você não tem acomodações para os funcionários [...] aqui não tem lanche... água, não tem... final de semana você sofre... então é assim [...] você reclama e o povo não está nem ai [...] e isso vai te deixando desestimulada, ai... sabe o que acontece? Você desiste... (E5).

[...] significa a gente ter condições de trabalho essencialmente... porque não adianta nada assim, eu ter aquela fala bonita, toda melódica se eu não tenho condições de trabalho, porque esta é uma das principais maneiras da gente respeitar o paciente [...] ter materiais às mãos para atender... (E8).

As condições de trabalho... que é uma coisa séria... séria, séria, séria e também equipamentos e materiais, hoje por exemplo não tem nem pilha para colocar no otoscópio, [...] para você ir ao banheiro, você tem que andar este corredor todinho... (E18).

Os profissionais consideram essa situação um problema que favorece o desgaste físico e mental da equipe, porque “a gente sofre barreiras demais, é tanta coisa que falta, você fica correndo atrás de coisas...”. (E8). “Às vezes você tem que improvisar, e não tem como improvisar...”(E15). “Porque como é que você vai trabalhar se você não tem material, se está chateada porque tem que correr atrás de muitas coisas, você já fica meio nervosa e como você vai prestar um cuidado humanizado?”(E5).

Ao analisar as práticas da gestão desse ambiente hospitalar, temos observado que parece que os gestores não se atêm às necessidades pessoais da sua equipe e pouco se integram à rotina e às dificuldades do serviço. Os enfermeiros, além de liderarem e atuarem no processo do cuidado ao paciente, ainda sofrem inúmeras pressões advindas das mais diferentes fontes, inclusive das condições de trabalho ruins, o que invariavelmente gera sentimentos de frustração e

/ou insatisfação, podendo resultar em adoecimento do profissional e em resultados negativos no cuidar (MATSUDA et al., 2007).

Um dos princípios norteadores da PNH traz a idéia de humanização como melhoria das condições de trabalho do profissional e à valorização da sua dimensão humana, a fim de que os profissionais “efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho” (BRASIL, 2004, p.7).

Para isso, a instituição deve dispor, além de outros aspectos, de recursos humanos em número suficiente para atender a demanda do serviço. A sobrecarga de trabalho favorece o desgaste dos profissionais e foi colocada por alguns entrevistados, como um grande entrave para a assistência humanizada. Especificamente na instituição em estudo, alguns entrevistados consideram que o dimensionamento da equipe de enfermagem no hospital é inadequado, visto que não atende as necessidades assistenciais.

Olha, o que dificulta a nossa prática humanizada aqui é o grande volume de paciente e a pequena quantidade de enfermeiros, nós às vezes, ficamos sozinhos para cuidar de 86 pacientes [...] é muita coisa que acumula ... (E2).

Nós temos um problema muito sério que é recurso humano [...] um dificultador assim notório, quando você pensa em montar um projeto e trabalhar uma assistência diferenciada você se esbarra na questão [...] então eu acho que o maior problema nosso aqui é este entrave: recurso humano (E4).

[...] eu fico aqui sozinha na clínica, uma clínica que tem quase 54 pacientes e uma enfermeira só [...] não tem como você chegar no paciente e ver realmente as necessidades que ele tem, a gente enxerga as necessidades que são visíveis... as necessidades que estão na cara... (E9).

[...] a clínica aqui tem uma capacidade para mais de 80 leitos. É simplesmente impossível você ter contato com todos os pacientes, então passa muita coisa que infelizmente não é possível (E16).

Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006) ressaltam que, para os trabalhadores de saúde conseguirem exercer a profissão com dignidade e respeitar o outro na sua condição humana, é imperativo que tenham a sua condição humana respeitada. Os autores consideram que o quadro de profissional limitado, a deficiência de recursos materiais e as condições insalubres de trabalho favorecem a insatisfação do profissional, o que pode desumanizar a assistência.

A administração de recursos humanos no hospital é um problema constante. O número insuficiente de funcionários pode acarretar uma sobrecarga de trabalho para o indivíduo, podendo constituir-se num dos fatores determinantes do surgimento do cansaço e da fadiga (MOURA, 1992).

A Resolução 189 do Conselho Federal de Enfermagem estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, tendo como base, dentre outros aspectos, a estrutura física e organizacional, a missão da instituição e o sistema de classificação de pacientes (COREN-GO, 1998). Entretanto, o quantitativo de profissionais para o trabalho estabelecido por esta resolução não é seguida pelos serviços de saúde brasileiros. A escassez de profissionais para a assistência direta ao paciente internado é notória na grande maioria das instituições hospitalares, quer sejam públicas ou particulares.

Almeida (2004) enfatiza que as atividades de enfermagem durante o plantão seguem uma rotina sistematizada, a qual deve ser cumprida em determinado espaço de tempo. E a falta de tempo, para atender determinadas situações, é uma alegação constante desses profissionais. Esse aspecto foi citado por grande parte dos entrevistados:

[...] excesso de atividades que a gente tem cumprir , às vezes, você não tem condições de dar tempo e atenção para um familiar como deveria dar, explicações que os familiares gostariam de receber, às

vezes, o tempo não nos permite fazer com que passemos mais segurança, mais tranquilidade para estes pais... (E3).
Dificuldade tem. Porque aqui é muita internação [...] e muitas vezes, fica uma enfermeira só, às vezes, não dar para fazer um diagnóstico de enfermagem, não dar pra prescrever, não dar pra evoluir o paciente e isto é ruim... a gente não tem uma visão integral do paciente [...] porque é muita correria (E10).

Puggina (2004) acredita que todas as pessoas que escolhem a enfermagem como profissão devem ter como prioridade o cuidado ao ser humano. Entretanto, analisa que muitos têm dificuldade em sustentar essa ideologia, alegando falta de tempo. Afirma que é uma tendência dos enfermeiros não saber o que é mais importante, permanecendo ocupados o tempo todo para atender o serviço, sem pensar o que realmente é importante, não estabelecem prioridades no planejamento assistencial e “definir prioridades, valorizar as coisas que julgamos importantes é essencial para sentir que estamos administrando bem o nosso tempo”(p.20).

Mezzomo (2003b) chama atenção para essa questão e ressalta que oferecer atendimento humanizado não requer necessariamente dedicar mais tempo. Pode-se utilizar o tempo da realização de um procedimento para promover um atendimento com qualidade humana superior. Para isso, basta o profissional saber dirigir palavras de conforto e segurança. Essa é uma possibilidade de atitude na qual dar atenção à pessoa e colocar-se como pessoa na ação otimiza o tempo.

Nesse sentido, Silva (2004) considera importante o profissional de enfermagem repensar suas prioridades antes de desenvolver as atividades, entendendo que algumas delas são impostas e não selecionadas por nós. A autora conclui que quem tem tempo, é quem consegue administrá-lo e estabelece prioridades de modo a realizar aquilo que considera essencial.

Dessa maneira, é imprescindível qualificar o tempo de contato com os pacientes e entender que o tempo do cuidado depende do valor que é dado a ele. “Se soubermos valorizar os pacientes enquanto e quando estivermos com eles, talvez possamos otimizar o tempo *kairós* (o tempo da vida) e aceitemos melhor o tempo *chronos* - que nos ensina que nada possuímos” (Silva, 2004, p.17).

Outro aspecto mencionado pelos entrevistados como fator desfavorável à assistência humanizada foi à estrutura física do hospital em determinados locais.

Uma coisa assim mais humanizada seria um local para higienização mais adequada dos utensílios da mãe [...] roupas, coisas pessoais dela [...] então seria uma coisa muito humanizada... (E23).

A estrutura física não ajuda, você ver, eu estou com uma criança aqui dentro e eu não tenho um lugar para colocá-la junto com a mãe (E24).

[...] eu sinto dificuldade de você não ter um lugar para receber o familiar, para conversar com um familiar [...] quando o paciente vem para cá você não tem uma estrutura para estar recebendo... para estar orientando melhor... (E25).

Segundo Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006b), a estrutura física de um hospital representa um alto indicador de qualidade. Quanto mais estético, maior o conforto e a satisfação no trabalho. A localização dos diversos serviços, o fluxo de pessoas, dentre outros fatores, contribuem de forma favorável e/ou desfavorável na integração e sistematização humanizada dos serviços.

No contexto organizacional, a falta de atenção dos profissionais dos serviços de apoio se destaca, nos depoimentos de alguns enfermeiros, como sendo também um fator que dificulta o cuidado humanizado.

[...] você fica correndo atrás de coisas, é dependência de outros setores que não entendem a sua necessidade por que é uma enfermaria [...] acha que paciente de enfermaria não tem urgências não... é só a UTI que tem urgência... (E8).

[...] você precisa de uma base inteira pra prestar uma assistência

humanizada ao paciente, não é só o enfermeiro e parece que esta visão não existe aqui no hospital [...] não sei... porque a farmácia? Não está nem ai para o paciente [...] só o enfermeiro se preocupa com o paciente, só o enfermeiro quer prestar uma assistência humanizada e o resto não está nem ai... então isto te estressa e te impede de prestar uma assistência humanizada (E5).

Acreditamos que os setores de apoio (farmácia, copa, lavanderia e outros) são indispensáveis no processo de humanização do atendimento e que um atrito no relacionamento intersetorial, ou o funcionamento inadequado desses setores, pode causar gravíssimos transtornos. Dessa maneira, é imprescindível a organização do serviço e o bom relacionamento entre os funcionários de todas as áreas do hospital, pois o processo de humanização depende de todos profissionais.

Deslandes (2004) considera que possuir bons equipamentos, ter uma estrutura física favorável e outros elementos considerados facilitadores para a humanização e não ter a sensibilidade humana, desumaniza a assistência. Da mesma forma que não ter recursos, quando esses são necessários, pode ser fator de estresse entre os profissionais e os pacientes, também desumanizando a assistência. Nesse sentido, Merhy e Franco (2003) avaliam que, para humanizar o cuidado no hospital, torna-se necessário agregar as tecnologias duras, ou seja, aquelas relacionadas a materiais e equipamentos, às tecnologias leves, que são relacionadas ao fator pessoal. Alertam que a pessoa do profissional constitui o diferencial, em todo o processo da humanização do cuidado.

Diante dessas considerações, compartilhamos com Oliveira, Collet e Viera (2006) o pensamento de que a humanização do ambiente hospitalar é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento que podem despertar receio e medo. As mudanças suscitam desconforto, e permanecer na “zona de conforto” pode ser mais seguro,

além disso, é preciso construir estratégias que venham ao encontro do que se objetiva. O processo de humanização não é padronizado, não tem características generalizáveis. Cada profissional, cada equipe, cada instituição têm que estabelecer seu singular processo de humanização.

5.2.4 - RESSONÂNCIAS DO PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE CONCEITOS E PRÁTICAS RELATIVOS AO CUIDADO HUMANIZADO

A humanização do cuidado é um compromisso da missão da instituição em estudo e de sua Diretoria de Enfermagem. Esse hospital, ao longo de sua trajetória, tem se preocupado em criar condições favoráveis para a efetivação desse compromisso, por meio de várias iniciativas visando alcançar suas metas.

Dentre as atividades desenvolvidas, destaca-se o Projeto de Educação Permanente da Diretoria de Enfermagem em parceria com uma instituição de ensino superior. Esse processo iniciou-se em 2004 com um curso direcionado inicialmente aos enfermeiros, entendendo-se no ano seguinte, às demais categorias da equipe de enfermagem. O objetivo desse projeto é capacitar os profissionais de enfermagem para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e instrumentalizá-los à prática do cuidado humanizado. Dessa forma, o conteúdo programático, organizado em 200 horas, contempla aspectos tecnocientíficos relativos ao cuidado, questões sobre as políticas públicas de saúde com abordagem no HumanizaSUS, concepções filosóficas do cuidado, bioética, relacionamento interpessoal, dentre outros. Além desse curso, outras atividades são desenvolvidas como parte do Projeto de Educação Permanente, como oficinas com a equipe de enfermagem e encontro periódicos de gerentes.

Com o intuito de conhecer a possível contribuição desse projeto na construção de conceitos e práticas relativas à humanização do cuidado no ambiente hospitalar entre os enfermeiros que participaram de alguma de suas atividades, direcionamos algumas perguntas que abordassem essa questão.

Inicialmente, perguntamos a todos os participantes do estudo se nos últimos tempos eles tiveram oportunidade de refletir sobre o cuidado humanizado e em caso de resposta afirmativa, indagamos em qual ocasião esse momento era proporcionado. Nossa intenção com esses questionamentos foi conhecer quantos enfermeiros iriam lembrar de mencionar as atividades do Projeto de Educação Permanente. É oportuno informar que, ao abordamos essas questões, tivemos o cuidado de formulá-las de modo a não induzir a resposta do entrevistado ao projeto.

Enfatizamos que entre os 27 enfermeiros participantes, 18 deles (67%) informaram que participaram de alguma atividade do projeto, sendo que o curso oferecido aos enfermeiros contou com a participação de 14 (52%) dos entrevistados e no entanto apenas nove mencionaram o curso como oportunidade de reflexão acerca do cuidado humanizado.

[...] tivemos a oportunidade de aprofundar através do curso da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) que foi oferecido pela Faculdade de Enfermagem, com a colaboração da Diretoria de Enfermagem do hospital, o que melhorou muito a nossa assistência (E2).

[...] quando eu fiz o curso aqui no hospital eu descobri que tinha formas mais adequadas de fazer a assistência assim diferenciada, que foi o que eu não aprendi durante a minha graduação... (E6).

[...] na própria academia essa parte do cuidado humanizado foi desde o início muito colocado. No serviço [...] aqui no hospital também isto é bastante difundido... (E21).

Sim, inclusive a gente fez o curso da sistematização da assistência de enfermagem [...] a gente falou muito sobre isto... sobre humanização [...] teve oficinas falando sobre esta humanização e isto foi bem positivo (E22).

Considerando que as diversas atividades do projeto, especialmente o curso, propiciam momentos que favorecem discussões sobre a humanização da assistência, chamou-nos a atenção a baixa referência dos entrevistados a essas ocasiões. Os demais entrevistados deixaram de mencionar a iniciativa da instituição, mas se remeteram a outros momentos de reflexão, oportunizados por cursos e palestras realizadas em outras instituições de saúde.

Destacamos o relato do entrevistado (E21), profissional recém-graduado, que além do projeto de educação permanente, ressaltou sua formação acadêmica como fonte de informações no sentido de levá-lo à conscientização quanto aos valores ético-humanistas no cuidado. Por outro lado, houve também aqueles com mais tempo de graduação, que informaram que os princípios relativos ao cuidado humanizado não foram contemplados durante sua formação acadêmica.

Tal resultado é, de certa forma esperado, pois somente a partir de 2001, com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, estabelecida pela resolução CNE/CES nº. 3 (BRASIL, 2001), que os princípios ético-humanistas passaram a estar presentes de forma mais explícita no processo de formação do enfermeiro. Dessa forma, podemos dizer que, considerando o tempo de formação acadêmica desses profissionais, em razão da mudança curricular do curso de graduação em enfermagem em todo Brasil, possivelmente haverá gradativamente repercussões no cuidado na perspectiva ético-humanista. Esse aspecto é abordado por Esperidião (2005), que embora reconheça alguns avanços nesse sentido, afirma que ainda são encontradas lacunas e contradições no processo de formação do enfermeiro que precisam ser revistas e esclarecidas pelo aparelho formador.

Temos consciência que o processo de formação do enfermeiro não é o

único responsável pela prática das ações profissionais. Assim, concordamos com Soll & Rodriguez (2007) que consideram que a formação profissional dos enfermeiros não depende exclusivamente dos conhecimentos específicos contemplados no currículo universitário e das habilidades intelectuais da pessoa, depende também das motivações, interesses e valores pessoais, do amor à profissão, da responsabilidade, da honestidade, da capacidade de comunicação, que são valores essenciais para a ação profissional, construídos em cada pessoa de forma diferente em função de suas vivências e visão de mundo.

Nesse sentido, Esperidião & Munari (2000) valorizam o desenvolvimento profissional que revela o ser humano que reside no ser profissional e busca a interação entre essas duas dimensões.

Sabemos que o processo de humanização da assistência envolve a compreensão particular de cada um, sendo necessário oportunizar momentos de reflexões que possam suscitar a apreensão da valorização da dimensão humana no ato do cuidar.

Considerando que, durante as atividades do Projeto de Educação Permanente, esses momentos foram proporcionados, perguntamos aos enfermeiros se a participação deles nessas atividades contribuíram no sentido de ampliar sua visão em relação aos aspectos do cuidado humanizado na instituição.

Vimos que quase todos consideraram especificamente o curso ministrado aos enfermeiros importante nesse aspecto, uma vez que contribui para mudanças significativas na sua prática profissional.

[...] acho que deu para aprofundar bastante... porque todos os profissionais em conjunto refletiram sobre o assunto, tiramos algumas conclusões do que estaria errado no cuidado e o que precisaria melhorar (E1).

[...] é claro que tudo influencia [...] tudo contribui pra a melhoria da nossa assistência, porque você faz um curso de 202 horas e mais algumas oficinas, isto tudo influencia no seu dia-a-dia na assistência ao paciente (E2).

É... ajudou a ampliar meus conhecimentos, e neste sentido, eu me tornei mais reivindicadora ainda [...] nós precisamos atuar com dignidade tanto pra nós, como para os pacientes, hoje mais do que nunca eu sei disso [...] então o curso me serviu para isso... (E8).

Os enfermeiros mencionaram mudanças quando falaram com propriedade sobre o cuidado humanizado, não apenas ao relacionarem as atividades do Projeto de Educação Permanente, mas em outros momentos da entrevista, em que nas suas entrelinhas percebe-se as ressonâncias do investimento do projeto nos profissionais que dele participaram.

Os princípios do HumanizaSUS tem como epicentro a formação educacional dos profissionais, por meio do incremento no processo de crescimento, de valorização e investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, voltando-se para buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre os próprios profissionais de saúde e entre esses e os usuários, de modo a garantir os princípios do SUS (BRASIL, 2001).

Essa política foi instituída no hospital em estudo no ano de 2004 e para que suas propostas se tornem efetivas na instituição é necessário que os profissionais que ali atuam conheçam e norteiem suas ações embasadas nos seus princípios. Nesse sentido, investigamos se os enfermeiros tinham algum conhecimento relativo às propostas do HumanizaSUS. O resultado desse questionamento nos mostra que 95% dos entrevistados que participaram do Projeto de Educação Permanente, informaram que desconhecem os pressupostos do HumanizaSUS, apesar de alguns mencionarem que essa temática foi abordada

durante as atividades do projeto, especificamente no curso oferecido aos enfermeiros.

Olha, nós já tivemos uma palestra do QUALIS/SUS durante o curso de formação da SAE, mas assim conhecer, conhecer... praticamente eu não conheço, tenho noção só... (E2).

[...] já escutei o termo Humaniza/SUS... já ouvir falar de pressupostos... mas saber assim na íntegra, não (E11).

Durante o curso da sistematização foi comentado, o curso que a gente fez... mas eu não conheço assim (E 15).

Não... Eu sei que existe [...] eu nunca participei de nenhuma reunião sobre isto... hoje vai ter uma reunião, não sei se vão falar... eu sei que existe... (E 18).

Eu enquanto gerente fui em algumas reuniões, mas para mim não ficou tão claro não... não ficou tão claro [...] falta mais informação para os enfermeiros.... (E25).

[...] ouvi falar que ia implantar [...] teve reuniões para implantação, mas não chegou nada para nós aqui não... (E19).

Sabemos que não é objetivo central das atividades do Projeto de Educação Permanente abordar em profundidade os princípios e diretrizes do HumanizaSUS, mas esse resultado nos chama atenção, visto que várias das atividades do projeto, enfocam a assistência humanizada em consonância às políticas públicas de saúde, nas quais se inseri o HumanizaSUS.

Assim, de certa forma esperar-se-ia que as discussões que girassem em torno do tema humanização da assistência durante as atividades do projeto, favorecessem o conhecimento e a reflexão dos enfermeiros sobre essa questão.

Vale lembrar que para a implementação do HumanizaSUS na instituição, foi formado o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com um plano de trabalho definido, que entre outras ações, tem o compromisso de esclarecer os profissionais quanto as premissas e efetividade dessa política.

A despeito da existência dessas iniciativas da instituição, percebemos que os enfermeiros, além de informarem que não conhecem as propostas do HumanizaSUS para a instituição, não fizeram referência ao GTH, nos parecendo que para eles, essa questão pouco influencia o exercício de suas atividades. Tal situação, ao nosso entender, desfavorecesse o processo de humanização do cuidado na instituição hospitalar, visto que para a efetividade de suas propostas elas precisam ser conhecidas, valorizadas e vivenciadas em toda e qualquer situação no cotidiano.

Para isso, talvez fosse necessário, dispor mais tempo com discussões sobre essa temática em outras atividades do Projeto de Educação Permanente. Alguns entrevistados mencionaram essa opinião, conforme destacamos neste depoimento:

[...] eu já fiz o curso e é tanta coisa que vê e é só uma aula de humanização, eu não sei se ainda é assim... pelo menos na minha época foi... foi só um dia de humanização e tem uma série de assunto que não envolve a humanização [...] penso que ainda precisa divulgar mais, acho que se gente reunir e fazer discussões a esse respeito... (E27).

Considerando que a proposta do HumanizaSUS, está incorporada na missão institucional e da Diretoria de Enfermagem. Entendemos que a filosofia, valores e crenças deveriam ser conhecidas por todos os profissionais que atuam na instituição.

Segundo Bittencourt (2003), a missão representa a razão existencial de uma organização, significa a finalidade para a qual foi criada, envolve seus objetivos essenciais. Essa autora considera de suma importância, que todos os profissionais conheçam a missão da organização onde atuam, porque é ela que define a estratégia organizacional e direciona o caminho do profissional. Se as pessoas não

sabem que ela existe e o que ela deseja alcançar jamais saberão o melhor caminho a seguir.

Nesse sentido, independente da participação nas atividades do Projeto de Educação Permanente, perguntamos a todos os participantes deste estudo se, na condição de enfermeiros, eles tinham conhecimento da missão da Diretoria de Enfermagem da instituição e se remetiam a ela como guia para sua prática assistencial.

Respondendo a esse questionamento, 5 (cinco) enfermeiros informaram que têm certo conhecimento sobre a missão da diretoria, os demais informaram que não conhecem nada sobre o assunto, como podemos observar nos seus depoimentos:

Missão da diretoria, já li, mas não me lembro (E11).

Não... só mesmo de ouvir falar (E13).

Missão da diretoria? Já... mas assim é... mais informalmente do que formalmente [...] principalmente a gente que trabalha a noite, a gente tem pouco contato com a direção... com gerência, então a gente recebe as coisas meio indiretamente [...] elas vão chegando para gente igual telefone sem fio, quando chega já está um terço da história, mas já tive algum contato (E16).

[...] eu não sei muita coisa não... só sei que existe, mas não participo (E18).

Missão da diretoria... assim, conheço um pouco... mas não sei te falar exatamente o que é não (E22).

Missão da diretoria, assim eu vejo a proposta delas o que elas querem dos enfermeiros, elas vêm aqui, falam alguma coisa, mandam algum comunicado de curso... eu vejo isso (E23).

Por meio desses relatos, percebemos que os enfermeiros dessa instituição também atuam de forma desarticulada com a missão da Diretoria de Enfermagem. Parece que a condução do trabalho é norteadada somente pelas

convicções pessoais dos profissionais e, talvez por isso, os enfermeiros vêem a missão apenas como uma proposta da Diretoria de Enfermagem.

Os gestores devem ter em mente que a missão da organização deve ser internalizada por todos os profissionais, não somente imposta por uma declaração formal e escrita. A missão institucional precisa ser vivenciada a fim de que todos os funcionários saibam aonde e quando ir. Bittencourt (2003) lembra que a missão deve ser cultivada com todo o cuidado pelos dirigentes e difundida intensamente entre todos os funcionários para a conscientização e comprometimento pessoal de todos em relação ao seu alcance.

Nesse sentido, Selli (2003) considera que o acompanhamento dos profissionais pela instituição é uma conduta louvável, visto que propicia a assimilação de valores e atitudes que sensibilizam o cuidado à vida, conferindo sua prática uma abrangência que perpassa e ultrapassa os limites da pura atuação profissional.

Assim, acreditamos que para maior visibilidade do cuidado humanizado entre os enfermeiros, talvez valha a pena refletir sobre quais os mecanismos a esfera gestora da instituição poderia lançar mão para que seus profissionais articulem os aspectos teóricos relativos ao cuidado, discutidos especialmente nas atividades do projeto, com suas ações diárias na prática do cuidar e dessa forma promover o cuidado humanizado na instituição amplamente defendido pelo HumanizaSUS e pela missão institucional e de sua Diretoria de Enfermagem.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização do cuidado é um tema emergente, suscita muitas discussões pela complexidade das suas ações e pelos diversos entendimentos quanto à sua prática. Apesar disso, há uma congruência no pensamento de que o cuidado humanizado significa o cuidado à pessoa em sua integralidade e os profissionais, fundamentados em princípios ético-humanistas, culturais, econômicos, sociais e educacionais são os sujeitos co-responsáveis pela sua efetividade, na articulação com as esferas gestoras da assistência, tanto no âmbito das políticas de saúde, como na especificidades das instituições.

Por meio da realização deste estudo, verificamos que a percepção dos enfermeiros em relação aos elementos conceituais acerca da humanização do cuidado no ambiente hospitalar são coerentes com os princípios filosóficos, éticos e humanistas que a enfermagem, enquanto profissão, tem para si. No entanto, sabemos que a compreensão teórica desses aspectos não garante que os mesmos sejam visíveis no cotidiano assistencial.

A esse respeito, seria ingenuidade pensar que as prerrogativas da humanização da assistência fossem incorporadas igualmente por todos os profissionais. O cuidado humanizado depende da compreensão que cada profissional tem em relação ao ser humano, ao significado que ele próprio dá a vida, seu entendimento do processo saúde-doença, sua competência interpessoal em se perceber como parte do processo da humanização, além do valor que atribui ao seu trabalho no contexto assistencial.

Nesse sentido, chama-nos a atenção que essas questões foram evocadas por alguns participantes do estudo, quando consideraram a disponibilidade interna do profissional um elemento importante para a efetivação do

processo de humanização da assistência na instituição.

Entendemos que tal postura pode ser facilitada pelo processo de formação do enfermeiro, que atualmente é sustentada por referenciais ético-humanistas, em que o investimento da integração das dimensões pessoais e profissionais tem sido relevada.

Na instituição estudada, percebemos entre os enfermeiros compromisso, responsabilidade, sensibilidade e motivação em contribuir para a efetivação da prática do cuidado humanizado, a despeito dos inúmeros fatores citados por eles que o dificultam. Ao falarem da temática, muitos profissionais apontaram possíveis caminhos, por meio do compartilhamento de suas experiências que revelaram o cuidado com compaixão, respeito, solidariedade, empatia, diálogo e atenção.

É visível, sob o nosso olhar, a riqueza que a instituição tem em relação ao potencial humano dos seus profissionais, o que permite à gestão possibilidade de continuar investindo na capacitação dos mesmos, não somente na compreensão técnica do cuidado, mas atendendo também aos aspectos da competência interpessoal do trabalhador em saúde.

Quando falamos em humanizar o cuidado no ambiente hospitalar não depreciamos o valor da competência técnica ou da tecnologia em si, visto que ambas têm implicação direta na assistência integral e de qualidade aos usuários. No entanto, o enfermeiro deve atentar para que a objetividade da técnica e da tecnologia não ofusque suas ações de forma a estimular a dimensão racional em detrimento dos aspectos subjetivos do cuidado.

Sabemos que a competência humana não é apreendida em manuais ou normas institucionais, ela é decorrente da vivência profissional aliada à sensibilidade, à solidariedade e a um grande compromisso ético no cuidado.

Nesse sentido, enalteçemos o empenho da instituição em estudo, especificamente da Diretoria de Enfermagem, que tem sistematicamente promovido atividades de educação permanente, as quais oportunizam momentos de sensibilização da equipe de enfermagem no tocante ao atendimento humanizado. Percebemos que tais iniciativas vêm contribuir para construção da filosofia de trabalho implícita na missão institucional e proposta pela Política Nacional de Humanização abraçada pela instituição.

Embora percebamos entre os enfermeiros que participaram deste estudo, baixa ressonância das questões relativas ao cuidado humanizado referidas ao Projeto de Educação Permanente, acreditamos na importância e viabilidade dessa iniciativa, pois promovem discussões que favorecem mudanças de atitude dos profissionais frente ao cuidado do paciente e a possível resignificação da assistência fundamentada nos princípios ético-humanistas. Não podemos perder de vista que estamos diante de um momento de transição de paradigmas assistenciais e, como tal, envolve um movimento processual.

Portanto, sabemos que na esfera da gestão e da organização do trabalho não é possível apontar caminhos simplistas, embora muitas vezes, são eles que dão a direção assertiva quando se pretende efetivar mudanças.

Com tal propósito, a fim de dar maior visibilidade às ações humanizadoras na instituição pela equipe de enfermagem, é preciso criar meios para articular os aspectos teóricos relativos ao cuidado humanizado discutidos especialmente nas atividades do Projeto de Educação Permanente, aos anseios institucionais às ações profissionais na esfera assistencial.

Nesse sentido, sugerimos a valorização dos aspectos subjetivos dos trabalhadores, por meio de estratégias que facilitem o relacionamento interpessoal

da equipe multidisciplinar e entre a equipe e os gestores, no sentido de efetivar um modelo de gestão participativa. Além disso, oportunizar a criação de espaços que promovam discussão, trocas de experiências, reflexão e elaboração de possíveis intervenções pensadas no coletivo, que venham atender às necessidades dos usuários, equipe de saúde e da própria instituição, sob o entendimento de que não há humanização da assistência, sem a real valorização de seus protagonistas.

Pensando na complexidade do processo da humanização da assistência, temos a clareza que, implementar o cuidado humanizado no ambiente hospitalar requer uma longa trajetória, que demanda estratégias exitosas, nem sempre fáceis, mas possíveis de serem alcançadas.

Ao finalizarmos esta pesquisa consideramos a enfermagem no contexto hospitalar o elemento-chave do processo de humanização do cuidado, visto que agrega profissionais capazes de expandir suas ações naquilo que é subjetivo: a presença, a empatia, o toque e o ouvir, sem perder de vista a importância do pensamento crítico que a auxilia no questionamento da sua prática, visando desenvolver a solidariedade e o compromisso ético do cuidado. Essa maneira de cuidar possibilita a visibilidade do seu saber, do saber fazer e do saber ser, construídos ao longo da sua história em benefício do ser humano.

REFERÊNCIAS

AITKEN, E. V. P. Uma pitada de amor. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 62-70.

ALMEIDA, M. M. G. Ocupado demais para perder tempo se comunicando com o paciente. In: SILVA, M. J. P. S. (cols.). **Qual o tempo do cuidado?** São Paulo: Loyola, 2004. p. 61-76.

AMORIM, M. J. A. B. Enfermagem, profissão humanitária? **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, n. 32, p. 359-368, 1979.

ANTUNES, A. V.; SANT'ANNA, L. R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.49, n.3, p.425-34, jun./set.,1996.

ARAÚJO, P. B. Psicologia e saúde: uma questão de interatividade. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 357-366.

AYRES, J. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.15-17, 2004.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão de ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.132-135, jan./fev., 2006.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006a.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um ambiente de cuidado humano: percepção dos integrantes do grupo de humanização. **Revista Nursing**, v. 101, n. 9, p. 1057-1063, outubro de 2006b.

BAMBERG, R.; SOARES, N. V. Relações interpessoais: reflexos na equipe de enfermagem no cuidado ao paciente. **Rev. Técnico-científica de Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p.139-146, mar./abr., 2003.

BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, ano 27, p. 304-306, abr./jun., 2003.

BARBOSA, E. M. A.; BRASIL, V.V. Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n.02, p.315-328. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a03/htm>. Acesso em: 13/10/2007.

*De acordo com:

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO: Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo Diteses. FUNARO, V.M.B.O. et al. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: documento eletrônico e impresso. São Paulo: SIBi-USP, 2004. 110p.

BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 236-241, maio/jun., 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: edições 70, 2004. 223 p.

BARNARD, A.; SANDELOWSKI, M. Technologic and humane nursing care: (ir) reconcilable or invented difference? Blackwell science Ltd, **Journal of Advance Nursing**, v. 32, n. 3, p. 367-375, 2001.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização em saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.17, p. 389-406, mar./ago., 2005.

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas organizações**. Liderança: administração do sentido. 4 ed. São Paulo: Atlas: 1997. 214p.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 87-100.

BEZERRA, A. L. Q. et al. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 134-139, ago.,1998.

BITTENCOURT, C. **Gestão contemporânea de pessoas**: novas práticas, conceitos tradicionais. Porto Alegre: Bookman, 2003. 528p.

BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 20-22, 2004.

BOFF, L. C. **Ética e moral**: a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes, 2003. 125p

_____. **Saber cuidar**: ética do cuidado humano, compaixão pela terra. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 200p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em 08 de abril de 2006.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.37.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: documento para discussão - Brasília, 2003.

_____. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção Básica. 2 ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.
- BUENO, F.M.G.; QUEIROZ, M.S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev. Bras. Enf.**, v. 59, n. 2, p. 222-227, mar., 2006.
- BUBER, M. **Eu e Tu**. Tradução Newton Aquiles Von Zuben, São Paulo: Moraes, 1974. 170p.
- CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis- RJ: Vozes, 2005. 148p.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 22 ed. São Paulo: Cultrix, 2001. 447p.
- CARPER, B. A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, v.1, n. 1, p. 13-23, october, 1978.
- CARVALHO, V. A. Cuidados com o cuidador. In: PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 305-319.
- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 1, p.105-111, jan./fev., 2005.
- COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar./abr., 2005.
- COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 56, n. 2, p.189-192, mar./abr., 2003.
- COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa, 1989. 385 p.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - GOIÁS (COREN-GO). **Documentos básicos de enfermagem**: enfermeiros, técnicos e auxiliares. Goiânia, 1998.
- COSTA, W. R. G. Um hospital humanizado: ver o invisível. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003. p.105-116.
- CUMBIE, S. A. The integration of mind-body-soul and the practice of humanistic nursing. **Holist Nurs Pract**, v. 15, n. 3, p. 56-62, 2001.
- DAVIS, L. A. A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. **Holist Nurs Pract**, v. 19, n. 3, p. 126-133, 2005.
- DEJOURS, C. A. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992. 168p.
- DELGADO, L. M.; OLIVEIRA, B. R. G. Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 87, n. 8, p. 365-370, agosto, 2005.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. The discipline and practice of qualitative research. In: _____.(cols.) **The sage handbook of qualitative research**. 3 ed. Thousand Oaks, CA: Sage publications, 2005. p. 1-32.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

_____. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. Repensando a formação do enfermeiro e investindo na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestáltica. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 415-423, jul./set., 2000.

ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação**. 2001. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2001.

_____. A relação professor-aluno e a construção da relação com o paciente. In: GONZALES, R. F.; BRANCO, R. **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 97-104.

_____. **Repensando a formação do enfermeiro: o processo de conscientização crítica e práticas docentes à luz do referencial ético-humanista**. 2005. 314f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2005.

_____. A fenomenologia do cuidado. **XII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica/ I Encontro de Fenomenologia do Centro-Oeste**. Goiânia – 18 a 21 março de 2006.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista e Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 91-97. 2000. Número especial.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, v. 14, n. 3, p.113-120, set./dez., 2006.

FIGUEREDO, N. M. A., et al. A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque. In: MEYER, D. G.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.137-169.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 23 ed. Rio de Janeiro: Edições Craal, 2007. 295p.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 228-232, 2004.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Tradução: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 338p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006. 206p.

GOMES, A. M. C. G.; SANTOS, P. A. J. Humanização em medicina intensiva. In: AMARAL, J. L. G. et al. **Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular em UTI**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 13-46. (Série Clínicas Brasileiras de Medicina Intensiva).

GOTARDO, G. I. B. Nos bastidores da enfermagem: a arte de cuidar como essência. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 146-149, maio/ago., 2002.

GRUN, A. **Despertar para o cuidado**. Petrópolis: Vozes, 2005. 91p.

GUALDA, D. M. R. Humanização do processo de cuidar. In: CIANCIARULLO, T. I.; PUGULIN, F. M. G.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. São Paulo: Ícone, 1998. p. 23-30.

GUENTHER, Z. C. **Educando o ser humano: uma abordagem da psicologia humanista**. Campinas, São Paulo: Mercado de letras, 1997. 272p.

HEIDEGGER, M. **Ser e o tempo**. 11 ed. São Paulo: Vozes, 2001. 325p.

_____. **A caminho da linguagem**. Petrópolis: Vozes, 2003. 232p.

_____. **Carta sobre o humanismo**. 2 ed. São Paulo: Moraes, 2005. 93p.

HENNEMAN, E. A.; CARDIN, S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. **Critical Care Nurse**, v. 22, n. 6, p.12-19, december, 2002.

HYCER, R. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. Tradução Elisa Plass Z. Gomes, Enila Chagas e Márcia Portella. São Paulo: Summus, 1995. 175p.

_____. A base dialógica. In: HYCER, R.; JACOBS, L. **Relação e cura em gestalt-terapia**. Tradução Elisa Plass e Márcia Portella. São Paulo: Summus, 1997. p. 29-49.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 38, n.1, p.13-20, 2004.

HOLANDA, A. F. **Diálogo e psicoterapia: correlações entre Carls Rogers e Martin Buber**. São Paulo: Lemos, 1998. 271p.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 100p.

HUF, D. D. **A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual de enfermagem**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002. 208p.

HUMEREZ, D. C. Considerações éticas gerais para o cuidado de enfermagem do paciente na clínica. In: BARROS, A. B. L. B. (cols). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 51-55.

IHEU - Internation Humanistic and Ethical Union. **Minimum statement on humanism**. Disponível em www.iheu.org. Acesso em 05 de julho de 2007.

INABA, C. L.; SILVA, M. J. P. A Percepção da comunicação da enfermagem pelos deficientes físicos. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 88, n. 8, p. 414-418, set., 2005.

JOSEPH, J.D.; CAVENDISH, R. Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. **Holistic Nursing Practice**, p.147-155, jul./Aug., 2005.

LEONI, M. G. **Autoconhecimento do enfermeiro na relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Cultura médica, 1996. 112p.

LOPES, M. J. M. O sexo do hospital. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E; WALDOW, V. R. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 77-105.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 8 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1998. 88p.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. O. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso, 2003. 320p

MARTIN, L. M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 31-50.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**, São Paulo: Caso do Psicólogo, 2001. 147p.

MATSUDA, L. M. et al. O cuidado de quem cuida: reflexões acerca da (des)humanização do enfermeiro. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 109, n. 10, p. 281-286, jun. 2007.

MEDINA, R. F.; BACKES, V. M. S. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 522-527, set./out., 2002.

MELO, V. L.; CORTELAZZO, I. B. C. A comunicação educativa da enfermagem no processo cuidativo da criança. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27. n. 2, p. abr./jun., 2003.

MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez., 2003.

MEIER, M. J.; NASCIMENTO, S. R. Comunicação e tecnologia: instrumentos para o cuidado. **Rev. Téc-científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 219-223, maio/jun., 2003.

MEYER, D. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 189-195, mar./abr. 2002.

MEZOMO, J. C. **Hospital humanizado**. Fortaleza: Premium, 2001.

MEZZOMO, A. A. Visão holística do ser humano In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003^a. p.45-47.

_____. Relações trabalhadores da saúde-pacientes. In: MEZZOMO A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003b. p. 177-199.

MEZZOMO, A. A. A dor provoca necessidade de apoio espiritual. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003c. p. 379-381.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 17-20, 2004a.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004b. 270p.

_____. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. F. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-30 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

MIZUKAMI, M. G. N. Abordagem Humanista. In: _____. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: Editoras Paulinas, 1996. p. 37-57.

MOTTA, M. G. A. Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 758-760, nov./dez. 2004.

MORITA, C.; MARX, L. C.; BENTO, P. S. R. Humanização: reflexões sobre o cuidar e o cuidador. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma versão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 84-93.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 15 ed. Rio de Janeiro. Editora: José Olímpio, 2005. 300p.

MOURA, G. M. S. S. O Estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem. **Text context Enf.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 167-179, jul./dez., 1992.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução Amália Correa de Carvalho, São Paulo: Cortez, 1989. 174p.

NUNES, D. M. Vivenciando o cuidado: revelações da prática de ensino. In: MEYER, D. G.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.183-193.

OLIVEIRA, L. M. A. C. **Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades**. 1991. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr., 2006.

OLIVEIRA, L.M.A.C.; **O acolhimento de familiares de pacientes internados na UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem**. 2006. 218f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Convênio Rede Centro-Oeste – UnB-UFG-UFMS, Goiânia, 2006.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em www.who.int/entity/genomic/elsi/en. Acesso em: 15 de julho de 2007.

PAGLIUCA, L. M. F.; CAMPOS, A. C. S. C., Teoria humanística: análise semântica do conceito community. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 655-660, nov./dez., 2003.

PADILHA, D. G.; KIMURA, M. Aspectos éticos da prática de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **SOBETI**, v.1, n. 1, p. 8-11, mar., 2000.

PADILHA, et al. Significado das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 57, n. 6, p. 724-728, nov./dez., 2004.

PAULSON, D.S. Taking care of patients and caring for patients: are not the same. **Aorn Journal**, v. 79, n. 2, feb., 2004.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 210p.

PESSINI et al. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27. n. 2, p. 203 -205, abr./jun., 2003.

PESSINI, L.; BERTACHINE, L. Humanização em saúde: o desafio de cuidar do ser com competência humana e científica. In: _____. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 1-8.

PESSINI, L. **Bioética: um grito por dignidade do viver**. São Paulo: Paulinas, 2006. 183p

PENNA, T. L. M. Psicoterapias breves em hospitais gerais. In: FILHO, J. M. (cols), **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 362-369.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488p.

PUGGINA, A. C. G. Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom dia”. In: SILVA, M. J. P. S. (cols.), **Qual o tempo do cuidado?** São Paulo: Loyola, 2004. p.19-28.

PURNELL, M. J. Who really makes the bad? Uncovering technologic dissonance in nursing. **Holist Nurs Pract**, v. 2, n. 4, p. 12-22, 1998.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993. 224p.

RIBEIRO, J. P. et al. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. **Rev. Enf. UERJ**, v. 13, n. 3, p. 403-409, set./dez., 2005.

RUBO, N. P.; PRADO, J. T. C. A humanização no hospital? In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 313-327.

ROCKENBACH, L. H. A enfermagem e a humanização do paciente. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 49-54, jan./mar., 1985.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 489p.

_____. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 620p.

SANT'ANNA, D. N. Pacientes e passageiros. In:_____. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001. p. 99-127.

SANTIN, S. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem, desenvolvido segundo os costumes dos filósofos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p.111-113, maio/ago.,1998.

SANTOS, N. R.; LEMOS, M. M. D. A percepção e os sentimentos do paciente e familiar na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Estudos da Universidade Católica de Goiás-UCG**. Goiânia, v. 28, n. 6, p.1115-1136, nov./dez., 2001.

SANTOS, I.; SALLES, R. Uma nova história da enfermagem. **Rev Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p.109-113, maio/ago., 2002.

SANTOS, N. R. et al. Sentimentos e expectativas de familiares de pacientes no pré-operatório imediato de cirurgia cardíaca. In: SANTOS, R. V.; BRASILEIRO, M. E. (org.) **Cardiologia. Cadernos de área**. Goiânia: UCG, 2005. p 11-44.

SELLI, L. Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 248-253, abr./jun., 2003.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, A. L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 41-60.

_____. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D. G.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.195-241.

_____. A dimensão humana do cuidado em enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 13, parte1, p. 86-90, 2000. Número especial.

_____. **Cuidado transdimensional: um novo paradigma para a saúde**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007. 169p.

SILVA, M. J. P. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-11.

_____. Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 14-20, 2001.

_____. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

_____. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2003. 133p.

_____. (org). **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Loyola, 2004. 180p.

_____. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2006.155p.

SOLL, A. A.; RODRÍGUEZ, J.L. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. **Rev. Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v.23, n.1, ,jan./mar., 2007

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; SALEH, C. M. R. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes da unidade de pronto-socorro. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 85, n. 8, p. 272-276, junho, 2005.

SOUZA, M. F.; GUTIÉRREZ, M. G. Em que consiste a enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 5-8, março, 1989.

SOUZA, M. F. As abordagens do cuidado na enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo v. 13, parte 1, p. 98-105, 2000. Número especial.

_____. Teorias de enfermagem – importância para a profissão. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 1, n. 3, p. 63-65, set., 1988.

_____. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, et al. **Sistemas de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, C. C.; ARANTES, E. C. Comunicação e Enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, C. C. (org.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005. p. 1-8.

TAQUECHEL, M. L. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. **Rev. Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 23, n.1, jan./mar., 2007.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 79-83, jan./jun., 2004.

TANJI, S. **Cuidado humanístico num contexto hospitalar**: um desafio para um grupo de enfermeiras. 2000. 86 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

TREVIZAN et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan./fev., 2002.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1998. 175p.

VILA, V. S. C; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, mar./abr., 2002.

WALDOW, V. R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.7-30.

_____. **Cuidado humano**: resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. 202p.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237p.

_____. **Estratégias de ensino na enfermagem**: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 133p.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.190p.

WEIS,D.; SCHANK, M. J. Professional values: key to professional development. **Journal Professional Nursing**. v. 18, n. 5, p. 271-275, sep./oct., 2002.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 326-332, mai./jun., 2003.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 382-397, jul./set., 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1ª Parte

- 1- Nome _____
- 2- Sexo _____ Idade _____
- 3- Tempo de formação acadêmica _____
- 4- Tempo de atuação profissional _____
- 5- Tempo de servidor no HC _____
- 6- Clínica de atuação no HC _____ Turno de trabalho _____
- 7- Trabalha em outra instituição? () Sim () Não
- Em qual área _____
- 8- Realizou cursos de Pós- Graduação _____
- 9- Você conhece o projeto de educação permanente desenvolvido pela Diretoria de Enfermagem? () Sim () Não
- 10- Você participou de alguma atividade deste projeto? () Sim () Não
Qual(is)? _____

2ª Parte

Questões norteadoras dirigidas aos participantes:

- 1- Para você, o que significa cuidado humanizado no ambiente hospitalar?
- 2- Nos últimos tempos você teve oportunidade de aprofundar sua reflexão em relação ao cuidado humanizado? Onde?
- 3 - Nesse caso, foi possível ampliar sua visão acerca de alguns aspectos relativos ao cuidado humanizado? Fale sobre isto.
- 4- Na sua concepção existe alguma dificuldade na assistência de enfermagem para a prática do cuidado humanizado na instituição? E nesta perspectiva, o que facilita esta prática?
- 5- Você pode citar uma vivência sua de cuidado humanizado nesta instituição?
- 6- Como você percebe a sua condição de cuidador na perspectiva da humanização da assistência?
- 7- Como você pode contribuir para a assistência de enfermagem humanizada nesta instituição?
- 8- Você já teve a oportunidade de conhecer os pressupostos do HumanizaSUS e da missão da Diretoria de Enfermagem desta instituição?

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário da pesquisa **A humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um hospital universitário**. Meu nome é Nilde Resplandes dos Santos, sou a pesquisadora responsável e em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato por meio do telefone abaixo. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone 3269-8338.

Pesquisadora responsável: Enfermeira Nilde Resplandes dos Santos, COREN-GO: 96817 - Telefone: 9946-7052

Orientadora da pesquisa: Prof^a. Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo.

Objetivos Geral da pesquisa: Analisar a concepção sobre cuidado humanizado de enfermeiros que atuam na assistência hospitalar.

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, com abordagem qualitativa, sem fins lucrativos. Para a coleta das informações utilizarei a entrevista semi-estruturada que será gravada somente com o seu consentimento, para posterior transcrição. Dessa forma, pelos objetivos e características deste estudo os riscos para os participantes serão mínimos. Estarei garantindo o sigilo e anonimato em relação às informações levantadas na coleta de dados e que serão utilizadas apenas para fins científicos. Os resultados obtidos a partir desta pesquisa serão divulgados, tão logo se encerre a mesma. O entrevistado tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo, caso queira, sem qualquer prejuízo. Sua participação é muito importante para que juntos possamos contribuir para o conhecimento e crescimento da enfermagem.

Local e data: _____

Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____ RG .º _____ C.P.F. n.º _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, **A humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um hospital universitário**, sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira Nilde Resplandes dos Santos. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, bem como os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios de minha participação. Foi-me garantido o sigilo e anonimato em relação às informações levantadas na coleta de dados e que estas serão utilizadas apenas para fins científicos e ainda que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso me leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

ANEXO





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 123/06

Goiânia, 27/09/2006

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Profª Elizabeth Esperidião Cardozo


TÍTULO: Humanização do cuidado no ambiente hospitalar

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: Hospital das Clínicas/UFG

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, após a análise, aprovou sem restrições o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

- Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.
- O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).


97 Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)