



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CUIDAR  
SISTEMATIZADO E HUMANIZADO EM ENFERMAGEM NO  
ÂMBITO HOSPITALAR**

**ASSIS  
2012**

**ODILIA PERCONE GREGORIO**

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CUIDAR  
SISTEMATIZADO E HUMANIZADO EM ENFERMAGEM NO  
ÂMBITO HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Municipal de ensino Superior de Assis-IMESA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Rosângela Gonçalves da Silva

**ASSIS  
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CPI)

Gregório, Odilia Percone

O papel do enfermeiro no processo de cuidar sistematizado e humanizado em enfermagem no âmbito hospitalar

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Rosângela  
Assis, SP: [s.n], 2012.  
51 f.

Trabalho de Conclusão de Curso da Fundação  
Educativa do Município de Assis.

1) humanização, 2) cuidado, 3) paciente hospitalizado

Bibliotecária responsável:

## DEDICATÓRIA

Aos meus inesquecíveis pais, Bruno Gregório e Rita, *in memoriam*, exemplos de esposo, esposa, irmão, irmã, pai, mãe , avô avó e amigos, figuras de grande importância em minha formação e de quem sinto muitas saudades

Dedico este trabalho com muito carinho ao meu esposo, José Roberto da Silva, pela força, incentivo nos estudos, peço-lhe desculpas pelos momentos difíceis que passamos juntos, pela falta de compreensão na hora dos meus estudos; mas gostaria de dizer muito OBRIGADO por fazer parte da minha vida, dessa luta e que juntos fomos vitoriosos!

Às minhas filhas, Isabelle e Heloisa, por serem a alegria constante em minha vida, pelo amor incondicional, pelo sorriso que sempre dirigem a mim, por terem me escolhido como mãe!

Amo vocês!

Odilia

## AGRADECIMENTOS

Agradeço este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui reunidos, desfrutando, juntos, destes momentos que nos são tão importantes.

Aos senhores professores, meu reconhecimento e agradecimento pelas várias oportunidades de aprendizado oferecidas pelo curso.

Agradeço também aos meus familiares que de alguma forma me ajudaram e acreditaram em mim, que ficaram na retaguarda me dando muito apoio e carinho.

Aos colegas do Curso que muito me apoiaram em vários momentos desta jornada; foi bom conviver com vocês, dividir nossas experiências!

Em especial, a minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Rosângela Gonçalves da Silva, pela orientação cuidadosa, oferecendo-nos condições para que concluir mais esta etapa de minha vida.

Grata,

Odilia

“ Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

*Florence Nightingale*

GREGORIO, Odilia Percone. **O papel do enfermeiro no processo de cuidar sistematizado e humanizado em enfermagem no âmbito hospitalar**, trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA, 2012.

## RESUMO

É imprescindível que o profissional de saúde adote uma postura de colocar-se no lugar do paciente que é cuidado para sentir quais são suas reais necessidades, e que o contexto familiar e institucional sejam reorganizados, garantindo conforto, resolutividade e atendimento humanizado, só com a junção desses fatores acontece o cuidado humanizado, a criação da empatia entre cuidador e ser cuidado, cada um colocando-se no lugar do outro e pelo menos, tentando entender o que se passa naquele momento na vida daquele indivíduo. É realizar a reflexão de que se deve cuidar do outro como se o cuidado fosse para ele próprio. O objetivo geral desta pesquisa foi realizar uma reflexão sobre cuidado e humanização na enfermagem na sociedade atual. Trata-se de uma revisão da literatura, por meio de pesquisa em materiais já elaborados, como artigos publicados em periódicos científicos nacionais na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino americana e Caribe em ciências da Saúde (Lilacs). Parte-se do pressuposto de que podem existir problemas no relacionamento da equipe de enfermagem com o paciente ou que pode haver pouco interesse por parte dessa equipe em se dedicar melhor a esse relacionamento. Espera-se que a abordagem deste tema, venha contribuir para que os profissionais de enfermagem reflitam o seu agir, vendo o cliente como ser humano, que necessita de uma assistência digna, utilizando-se a empatia como termômetro na humanização, A responsabilidade por prestar um cuidado que valorize a intersubjetividade dos sujeitos, os direitos e a cidadania. Finalmente, que busque melhores condições de trabalho, valorizando assim sua categoria e ocupando seu espaço no contexto dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** humanização, cuidado, paciente hospitalizado

GREGORIO, Odilia Percone. **The role of the nurse in the care process and systematized humanized nursing in hospitals**, paper presented to the Undergraduate Nursing Education Foundation of the city of Assisi-FEMA, 2012.

## **ABSTRACT**

It is imperative that health professionals adopt a posture of putting yourself in the place of the patient's care to feel what their real needs, and that the family context and institutional are rearranged, ensuring comfort, resolute, and humanized service, with only combination of these factors happens humanized care, creating empathy between caregiver and be careful, each putting yourself in another's place and at least trying to understand what is happening at that moment in the life of that individual. It accomplish the reflection that should take care of the other as if care was for himself. The overall objective of this research was to perform a reflection on nursing care and humanization in contemporary society. This is a review of the literature by research material already prepared, such as articles published in scientific journals in the national Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Latin American and Caribbean sciences Health (Lilacs). This is on the assumption that there may be problems in the relationship of the nursing staff with patient or that there may be little interest in this team better devote himself to that relationship. It is hoped that the approach to this, which will contribute to nursing professionals reflect his act, seeing the client as a human being, who needs dignified care, using empathy as thermometer in humanization, responsibility for providing a care that values the intersubjective subject, rights and citizenship. Finally, they seek better working conditions, thus enhancing its category and occupied its space in the context of health services.

**Keywords:** humanization, care, inpatient



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I</b> <b>ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO II</b> <b>HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....</b>	<b>28</b>
2.1 Conceito de Humanização.....	28
2.2 A Humanização como Processo Gradual de Construção.....	32
2.3 A Humanização e o Cuidado de Enfermagem.....	36
<b>CAPÍTULO III</b> <b>O PACIENTE HOSPITALIZADO.....</b>	<b>42</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é essencialmente cuidado ao outro ser humano, no entanto, a sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, transforma a assistência em uma forma mecanizada e tecnicista e não-reflexiva. Este comportamento também afeta as relações de trabalho da enfermagem influenciando negativamente no atendimento com qualidade.

Quando se fala em cuidado quer se dizer um cuidado voltado para a enfermagem, englobando o processo de saúde, de adoecimento, de invalidez, de empobrecimento, pois ele busca promover, manter ou recuperar a dignidade e a totalidade humana.

Com isso, verifica-se que o processo de enfermagem enfrenta problemas em sua operacionalização visto a existência de uma prática mecanizada, resultante da burocratização (UCHÔA; LEMES, 2010)..

Verifica-se que muitos enfermeiros vêem o processo de cuidado individualizado sem, no entanto, compreender seu significado na prática, utilizando-o como uma alternativa para alcançar o *status* profissional. A prática do processo de enfermagem pressupõe a adoção de um conjunto de crenças e valores baseados na ênfase no ser humano e no cidadão (ROSSI, 2001).

Por isso, acredita-se que, o cuidado deve ser integral ao paciente, a integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, com o objetivo de formar profissionais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde /doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica.

Para que o cuidado seja possível, faz-se necessário olhar para si e para o outro, na tentativa de que o autoconhecimento colabore positivamente no cuidado de cada ser. É o encontro entre cuidador e o ser cuidado, na intenção da criação de um elo empático que norteará as ações para o cuidado (CARVALHO *et al*, 2005, p. 2)

É imprescindível que os profissionais de enfermagem adotem uma postura de empatia com o paciente, ou seja, colocando-se no lugar do outro para saber quais são suas reais necessidades, e que o contexto familiar e institucional sejam reorganizados, garantindo conforto, resolutividade e atendimento humanizado.

Este trabalho tem como objetivo geral realizar uma reflexão sobre cuidado e humanização na enfermagem na sociedade atual.

Justifica-se a escolha do tema, pois trabalho em um Pronto Socorro e convivo diariamente com pacientes e familiares que chegam à unidade amedrontados, com dor, sem saber que patologia têm, se serão internados ou se acabarão com se desespero. Muitas vezes observo que apenas uma informação ao acompanhante ou mesmo ao paciente minimizará seu desespero, entretanto, deixam de fazê-lo por causa da correria do dia a dia.

Acredito que é preciso investir na humanização dos serviços, pois esta Política oferece uma nova visão ao atendimento tanto no sentido antropológico quanto no psicológico.

É consenso dos profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde que o modelo de atenção à saúde vigente, prioriza a assistência curativa e individual com ênfase no atendimento hospitalar, não consegue modificar a condição de saúde da população, por considerar como mais importante a doença em si em detrimento dos condicionantes sociais e epidemiológicos, que interferem no processo saúde doença (BUSS, 2002).

O trabalho uma revisão da literatura, por meio de pesquisa em materiais já elaborados, como artigos publicados em periódicos científicos nacionais na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino americana e Caribe em ciências da Saúde (Lilacs).

Como limites, foram utilizados os trabalhos publicados entre 1970 a 2011.

ANO	TÍTULOS	1ºAUTOR	FONTE
1977	Teorias da aprendizagem na prática educacional	GOODING, C.T.;	EPU/EDUSP
1977	Teorias da aprendizagem para professores	BIGGE, M.L.	EPU/EDUSP
1981	Pedagogia do Oprimido	FREIRE. P.	Paz e Terra.
1986	Ensino: as abordagens do processo.	MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti.	EPU
1990	Democratização da Escola Pública	LIBÃNEO, José Carlos.	Loyola
1994	Enfermagem Médico-Cirúrgica	SMELTZER e BARE,	Editora Guanabara,
1995	Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller.	FARIA LR.	Rev. Latino-Am. Enfermagem, online
2001	Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado	ROSSI, L. A	Editora Icone
2001	Docência na universidade	MASETTO M.	Papirus;
2001	O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários	AMIN, Tereza Cristina Coury.	<a href="http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/amintccm.pdf">http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/amintccm.pdf</a>
2002	Memória educativa e a tessitura de conceitos educacionais: experiência vivenciada na licenciatura em enfermagem	BAGNATO, Maria Helena Salgado	Rev. Latino-Am. Enfermagem, online
2002	Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo	DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz	Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]
2004	A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem	FARIA, Josimerci Ittavo Lamana	Rev. Latino-Am. Enfermagem
2005	Cuidado e Humanização Na Enfermagem: Reflexão Necessária	CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva	2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil

ANO	TÍTULOS	1ºAUTOR	FONTE
2005	História da Enfermagem: versões e interpretações	GEOVANINI, Telma. et al.	Revinter
2005	Profissionalização da Enfermagem brasileira	MOREIRA, Almerinda	Guanabara Koogan
2005	Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. Trabalho	BATISTA N.A.	Educação e Saúde
2007	A subjetividade permeando o processo de cuidar em Enfermagem à criança com dor	PERSEGONA, Karin Rosa	Revista Eletrônica de Enfermagem
2007	A imagem da Enfermagem frente aos estereótipos: uma revisão bibliográfica.	SANTOS, Claudia B	Revista Eletrônica de Enfermagem
2009	Abordagens do processo de ensino e aprendizagem	SANTOS, Roberto Vatan dos	Revista Eletrônica de Enfermagem
2010	A Visão dos Enfermeiros que Trabalham em Unidade Hospitalar Pública sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem	UCHÔA, Maria das Graças	Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]

A seleção foi realizada através da leitura de títulos e resumos e exclusão de artigos repetidos.

Inicialmente, delimitar-se-á-se como descritor “humanização da assistência hospitalar,”acolhimento” e enfermeiro.

As buscas iniciaram-se no mês de abril de 2012 e pretende-se continuar até o mês de julho de 2012.

## **CAPÍTULO I**

### **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO**

De acordo com Barreira (1999) perpassar por alguns aspectos históricos para a compreensão da evolução da Enfermagem, contudo de seu ensino no Brasil é de suma importância uma vez que a erudição histórica permite a construção de uma memória possibilitadora de tomadas de consciência daquilo somos de fato, enquanto resultado histórico, o desenvolvimento da auto estima coletiva, e a tarefa de (re) construção da identidade profissional.

A educação e saúde no Brasil dividem-se em dois pressupostos, sendo o primeiro relacionado às medidas preventivas e curativas com a finalidade a obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças, enquanto que o segundo refere-se às estratégias da promoção da saúde com o objetivo de apoiar a construção social da saúde e do bem estar. O pressuposto das estratégias preventivas e curativas de enfrentar a doença e de obter saúde é coerente com os princípios que regem as atuais culturas e sociedades, pois são baseadas na produção incessante e sempre renovada de variados serviços que se fundamentam na tecnologia e na ciência oferecidos para o consumo das pessoas (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

A partir dos estudos de Silva (2008) ao colocar que a Enfermagem no Brasil teve seu processo de profissionalização por volta do final do século XIX constata-se que desde sua origem esteve marcada pela superação de obstáculos para se tornar respeitada e reconhecida. Seus executores ainda continuam empenhados para melhorar o status da profissão e adquirir o respeito e reconhecimentos merecidos. Atualmente, a Legislação de

Enfermagem reconhece de um modo geral três classes de profissionais de Enfermagem: o auxiliar de Enfermagem, o técnico de Enfermagem e o enfermeiro, sendo que suas missões e ações são estabelecidas pela Lei 7.498 de julho de 1986.

Geovanini *et al.* (2005), com relação à profissionalização da Enfermagem, destaca que um aspecto primordial a ser analisado é o desenvolvimento da Educação para seu exercício. No Brasil, este desenvolvimento aconteceu em cidades com mercado mais desenvolvido como São Paulo e Rio de Janeiro, devido ao desenvolvimento industrial que nessas cidades se intensificou resultando em acelerado crescimento urbano. A saúde então passou a constituir uma questão delicada sob os aspectos econômicos e sociais devido às doenças infecto-contagiosas conduzidas pelos europeus e escravos africanos atingindo grandes proporções nos principais eixos urbanos.

Nesse sentido Silva (2008) ressalta que devido a essa problemática, o governo brasileiro assume a assistência à saúde visando proteger a expansão comercial brasileira ainda que sob pressões externas. Entre outras ações, há a criação de serviços públicos, a vigilância e o controle mais efetivo sobre os portos e, instalam-se então o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e o Instituto Soroterápico Federal, que viria a se transformar posteriormente no Instituto Oswaldo Cruz.

Segundo Faria (1995) baseado em Polignano analisa-se que em uma experiência de reorganizar os serviços de saúde, em 1920 com a Reforma Carlos Chagas, tem origem o Departamento Nacional de Saúde Pública normalizando as atividades de Saúde Pública no Brasil. Visando a princípio atender os hospitais civis e militares, posteriormente investiu-se na formação do pessoal de Enfermagem, quando da criação pelo governo da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro, ligado ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior.

Neste contexto Geovanini *et al.* (2005) traz que esta é a primeira escola de Enfermagem no Brasil, edificada pelo Decreto Federal 791 de 27 de Setembro de 1890, hoje conhecida por Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e pertencente à Universidade do Rio de Janeiro/UNIRIO. Porém, mesmo com necessidade urgente de pessoal para atuar na saúde pública, constata-se que a formação era em grande parte, desenvolvida à área hospitalar com o desenvolvimento de longos estágios em hospitais.

No Brasil colonial a figura masculina é citada enquanto executora da Enfermagem doméstica e empírica, uma vez cabia aos escravos a atividade de cuidar, inclusive nas Santas Casas de Misericórdia, fundadas nas principais capitais brasileiras a partir de 1543 (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Por conseguinte, a necessidade de pessoas devidamente treinadas e capazes foi o que propiciou a criação de cursos de Enfermagem como no caso do Hospício Nacional de Alienados, já que neste faltavam enfermeiros para cuidar dos enfermos, das vítimas da guerra e outras.

A história então deixa claro tratar-se de um equívoco o fato de que o profissional Enfermeiro surgiu no Brasil para atender as necessidades de saúde pública (MOREIRA, 2005).

No bojo desta reflexão é que Geovanini *et al.* (2005) ressalta que mais tarde, a escola de Enfermagem Anna Nery, criada em 1923, que redimensionava a Enfermagem profissional no Brasil foi uma iniciativa do Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigido por Carlos Chagas que contou com o apoio do governo americano o qual enviou enfermeiras para ajudar nesta iniciativa, baseada no modelo nightingaleano<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Sintonizados com a submissão, o espírito de serviço, a obediência e a disciplina.



Os estudos de Geovanini (2005) e seus colaboradores mostram também que Florence Nightingale (1820-1910) foi um verdadeiro rito de iniciação para o surgimento da profissão em escala mundial. De fato, sua influência pessoal e a força de sua personalidade causaram um impacto duradouro em muitas regiões da Europa ocidental. Entretanto, os artefatos básicos do profissionalismo receberam o incentivo, sobretudo, das freqüentes relações e associações entre propagadoras dos novos preceitos e das práticas do cuidar.

Silva (2008) fortalece que o apoio de uma política interessada em promover o desenvolvimento desta profissão mesmo que com interesses particulares e a característica de seleção da então escola que selecionava moças de origem social elevadas, com um maior grau de escolaridade colaborou para que esta fosse reconhecida como padrão de referência para as demais escolas, sendo que na Escola de Enfermagem Ana Nery as alunas eram preparadas para a efetuação de serviços com complexidade intelectual, a partir da formação destas alunas que pessoalizava a verdadeira enfermeira brasileira eram assim consideradas padrão. Ser enfermeira subtendia ser formada pela escola Anna Nery.

Desde então, todas as demais escolas deveriam inserir os padrões da escola Anna Nery como ficava estabelecido pelo decreto 20.109 de 15/06/31, ou seja, com conceitos provindos do modelo nightingaleano.

Reconhecendo a responsabilidade com a problemática educacional, cultural e da saúde da população tem-se a instalação do Ministério da Educação e Saúde em 1931, ano em que se criam as normas legais para o ensino e exercício da Enfermagem. Em 1973, ocorre à criação do Conselho Federal de Enfermagem, órgão disciplinador do exercício profissional.

Exigindo que a educação em Enfermagem fosse concentrada em centros universitários, o Projeto de lei 775 também controlou a expansão das escolas havendo assim na década de 40, a agregação da Escola Anna Nery à Universidade do Brasil em 1949. Em 1961, a partir da Lei 2.995/56 todas as escolas passaram a exigir curso secundário completo e no ano seguinte a Enfermagem passou a ensino de nível superior. (GEOVANINI *et al.* 2005)

A Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ABEn) cria em 1979, o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) visando promover pesquisa em Enfermagem, conseqüência de um aumento contínuo da produção científica em Enfermagem devido ao incremento dos cursos de pós-graduação. De um lado enfermeiros se especializam e de outro há a multiplicação de novos ocupacionais promovendo o processo de proletarização da Enfermagem.

Dentre alguns avanços para a Enfermagem na década de 80 observa-se à criação da Lei 7.498, em julho de 1986<sup>2</sup>, que eliminava a anterior já defasada (2.604 de 1955). Ainda, quanto à trajetória da profissionalização é possível constatar o empenho desta categoria para adquirir o reconhecimento e o respeito, pois a falta destes na realidade é motivo de descontentamento e desmotivação pessoal.

Neste contexto, Santos e Luchesi (2009) em estudo sobre a imagem da Enfermagem frente aos estereótipos, afirmam que ainda hoje, muitas pessoas desconhecem o que é a Enfermagem e muitos envolvidos com a profissão também ignoram seu próprio papel e os objetivos de suas ações. De fato ser reconhecida, valorizada e ter o fazer como algo importante traz um alento para o dia-a-dia do trabalho

---

<sup>2</sup> Essa lei regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, reconhecendo assim as categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, precisando a extinção em 10 anos do pessoal sem formação específica com regulamentação em Lei, delimitando as atividades de cada categoria, e parteira, precisando a extinção em 10 anos do pessoal sem formação específica com regulamentação em Lei, delimitando as atividades de cada categoria.

na Enfermagem, porém as mudanças de pensamento quanto a essa profissão têm que nascer primeiro na consciência da própria categoria (SANTOS e LUCHESI, 2009 )

Apesar dos constantes esforços para o estabelecimento de uma prática baseada na Atenção Primária em Saúde, o hospital permanece como o local onde a maioria dos enfermeiros trabalha e desenvolve suas habilidades profissionais. Para melhor compreender a prática no presente, faz-se necessário analisar o papel dessa instituição na nossa formação e exercício profissional.

O hospital como cenário terapêutico é fato relativamente recente. No passado ele estava destinado a propiciar não a cura, mas a salvação de quem estava morrendo (PITTA, 1991).

Esta concepção ideológica sobre o hospital, isto é, local onde se vai para morrer, persiste na atualidade em qualquer cenário onde a enfermeira atua. Reforça-se assim o caráter caritativo do trabalho da enfermeira que, organizado pelas regras do modo de produção capitalista, traduz-se por uma prática ambígua entre a mítica religiosa e as normas do mercado (BARROS; SILVA, 1990; MOURÃO, 1993).

Para esta concepção ideológica de hospital, a tecnologia dominante, ou seja, os instrumentos, a experiência, os hábitos que caracterizam a força de produção, constitui-se fundamentalmente das técnicas do poder disciplinar, das técnicas gerenciais e tayloristas, em detrimento das técnicas terapêuticas, das técnicas de diagnóstico, prescrição e avaliação do resultado de enfermagem - formadas pelos ritos e saberes instrumentalizados a partir de uma relação artesanal enfermeira-cliente.

As práticas utilizadas estão estruturadas sobre relações de produção que desconsideram os conhecimentos sobre a clientela, dificultando assim nosso atendimento

às necessidades socialmente postas, a saber: o diagnóstico e tratamento das respostas do cliente, da família e da comunidade aos problemas de saúde ou processos vitais.

A avaliação oposta ao modelo taylorista de produção, é o modo de produção artesanal no qual a enfermeira é o agente de seu diagnóstico e cuidado, sem a intermediação de uma categoria profissional na relação enfermeira-cliente e com uma relação de cooperação entre os membros de uma mesma categoria.

Com base no que discute-se sobre a natureza do trabalho do enfermeiro, considera-se que as atividades administrativas e de supervisão da equipe auxiliar constituem o método de trabalho cotidiano do enfermeiro (taylorismo), alienando-a de sua função primordial que é diagnosticar e tratar as respostas de seus clientes aos problemas de saúde ou processos vitais.

As determinantes principais do método de trabalho alienado que agem dinâmica e eficientemente entre si e com outras estariam na formação da enfermeira, nas formas de organização deste trabalho e na falta de consenso sobre as atividades básicas da profissão.

A formação do enfermeiro, por uma análise do currículo, livros textos e experiências de aprendizagem, está firmemente alicerçada no conhecimento e modelo biomédicos.

Preparado para implementar a assistência médica, tem na organização de seu trabalho a valorização das atividades gerenciais, em detrimento do cuidado direto.

A legislação profissional, por sua vez, não define as atividades da prática e só prevê a prescrição para clientes graves, sem contudo determinar sobre qual diagnóstico ela deve ser feita.

Segundo Cruz (1994) a forte combinação destas categorias delineiam o *taylorismo*, enquanto método de trabalho do enfermeiro.

Paradoxalmente, mesmo com um método de trabalho alienado, o enfermeiro é capaz de se aproximar de seu cliente e diagnosticar, prescrever e avaliar sua resposta ao problema de saúde, ainda que precária ou eventualmente. A execução das atividades básicas do enfermeiro depende contudo de condições facilitadoras que valorizam estas ações.

É possível observar que hoje na grande parte dos hospitais os enfermeiros se ocupam com as atividades do cotidiano tais como a elaboração da escala de trabalho da equipe de auxiliares; o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades e do pessoal; e a organização ou suprimento do setor quanto a pessoal, material de consumo e permanente.

Ainda citando Cruz (1994) as atividades relacionadas corroboram a com a teses de que o *taylorismo* constitui o método de trabalho do cotidiano profissional. Este fato pode não constituir nenhuma novidade, mas é a partir da denúncia, da tomada de consciência, do conhecimento da realidade que pode-se transformá-la.

Nota-se que existe uma falta de consenso na equipe de enfermagem quanto às determinantes do trabalho, pode-se identificar aspectos referentes à organização do trabalho sobre as atividades profissionais.

Observa-se que muitos profissionais enfermeiros sempre ficam ocupados com a organização do trabalho, há referências ao tempo, à falta de apoio para a execução destas atividades e ao número excessivo de incumbências de natureza administrativa. Há referências ainda ao número reduzido de auxiliares de enfermagem e, principalmente, de enfermeiros, além da falta de treinamentos periódicos.

Referindo-se ainda à falta de consenso sobre as atividades profissionais, pode-se observar que a falta de padronização da metodologia, falta de padronização das atividades e ausência de protocolos que unifiquem as condutas frente aos problemas de saúde, pode ser resolvido com um pouco de boa vontade por parte dos enfermeiros.

Noronha, Araújo (1998) afirmam que na enfermagem brasileira, muitas têm sido as buscas em sistematizar a assistência, que é prestada à população, as quais são incentivadas e respaldadas pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1987), que dispõe sobre o exercício da profissão e determina que ao enfermeiro incumbe privativamente a prescrição da assistência de enfermagem, dentre outras atribuições. A sistematização das ações de enfermagem tem contribuído para o registro e documentação de ocorrências e procedimentos realizados pelos diversos integrantes da profissão, para análise quantitativa e qualitativa do cuidado prestado e juntamente com outras conquistas, para o reconhecimento social do enfermeiro. Contém como etapas essenciais o levantamento de dados, o diagnóstico, planejamento das ações de enfermagem e a avaliação do processo assistencial.

Segundo Atkinson; Murray (1989, p.89):

O processo de enfermagem é uma tentativa de melhorar a qualidade de assistência ao paciente. A assistência de enfermagem é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência. Quando esse plano não é redigido, observam-se omissões e repetições. Não havendo um plano escrito, o paciente precisa repetir informações pessoais e referências a cada pessoa que o assiste.

Vê-se então a importância do processo de enfermagem, pois existindo um, cada enfermeiro é capaz de prestar assistência que inclua as preferências individuais do paciente, contribuindo assim para a continuidade da assistência de enfermagem. Os

padrões da prática de enfermagem da *American Nurse Association* refletem sobre a utilização de um processo de enfermagem.

É necessário planos de assistência bem elaborados, para que não haja uma enfermagem não coordenada baseados em erros e acertos, ela deve ser alicerçada na identificação correta dos problemas do paciente.

De acordo com Atkinson; Murray (1989, p.91)

Que um sentimento de orgulho e de realização é experimentado, quando os objetivos de um plano de assistência são alcançados e reduzem os problemas do paciente. O processo de enfermagem contribui para o crescimento profissional de cada enfermeiro. Quando um enfermeiro conclui o plano e consegue avaliar a sua eficácia em atingir as necessidades individuais de um paciente, ele aumenta a sua perícia que pode ser adaptada para satisfazer as necessidades de outros pacientes no futuro. À medida que esse aprendizado se expande pela experiência com diversos pacientes, o enfermeiro ganha em conhecimento e em experiência.

O processo de enfermagem tem sido aceito como a essência da assistência de enfermagem. Ele se constitui de uma abordagem deliberada de identificação e resolução de problemas para atender aos cuidados de saúde e às necessidades de assistência de enfermagem dos pacientes. Assim, os pontos comuns encontrados em todas as definições são a avaliação, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a análise final. Esses componentes fundamentais podem ser usados na definição do processo de enfermagem.

Para Smeltzer; Bare (1994, p. 121),

A divisão do processo de enfermagem em cinco etapas ou componentes distintos serve para enfatizar as ações críticas de enfermagem, que têm de ser desenvolvidas quanto o enfermeiro assume a responsabilidade por resolver os diagnósticos de enfermagem do paciente. Entretanto, o enfermeiro tem de recordar-se que as divisões são artificiais e que o processo como um todo é cíclico, sendo as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Segundo Noronha, Araújo (1998) o processo de enfermagem engloba todos os setores de atividade dos enfermeiros, dentre eles o Centro Cirúrgico. Do processo de

assistência ao paciente, no período perioperatório (pré-operatório imediato, transoperatório, recuperação pós-anestésica e pós operatório imediato).

Em resumo, o processo de cuidados profissionais de enfermagem constitui o instrumento ou a metodologia da enfermagem profissional que auxilia os profissionais a tomar decisões, bem como a prever e a avaliar consequências. Para a utilização proveitosa do processo de enfermagem, um profissional necessita da aplicação dos conceitos e teorias de enfermagem, das ciências biológicas, físicas e comportamentais e das ciências humanas, para que ofereça um fundamento racional para a tomada de decisões, julgamentos, relações interpessoais e ações.

Espera-se que os profissionais que aprendem a utilização do processo de enfermagem tenham necessidade de utilizar inúmeras referências e recursos para incrementar seu conhecimento e habilidades, à medida que avançam em seu programa de estudos de enfermagem profissional.

O avanço do conhecimento humano é um dos mais importantes fenômenos da história atual, bem como as suas inegáveis contribuições, assim o é também na Enfermagem, onde na tentativa de melhorar a qualidade da assistência que é prestada à população, os profissionais de saúde têm procurado direcionar seus esforços no sentido de valorizar de forma enfática as ações de ensino e pesquisa, a fim de subsidiar a descrição, a reflexão e a compreensão dos fenômenos relacionados à sua prática cotidiana de cuidados aos clientes, quase sempre em condições graves de enfermidade. Todavia, pensa-se que este seja um movimento ainda bastante discreto frente aos inúmeros desafios que nos são apresentados e que nos impedem de prestar um cuidado capaz de ultrapassar as barreiras do biologicismo, quando na verdade sabe-se que é preciso ir um pouco mais adiante e, ao mesmo tempo, todos os discursos teóricos,



principalmente os advindos da academia convidam os profissionais todo o tempo a repensar o cotidiano de suas práticas através de uma proposta mais humana de intervenção (ORNELLAS ,1992, p.100-101).

Segundo a teoria de Horta (1979), a enfermagem é uma ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente desta assistência quando possível (através do ensino do autocuidado), recuperando, mantendo e promovendo a saúde em colaboração com outros profissionais.

Alencar; Diniz; Lima (2004) afirmam que a enfermagem vem acumulando no decorrer de sua historia, juntamente com conhecimento empírico, teórico, o conhecimento científico, a executar suas atividades baseadas não somente em normas disciplinares, mas também em rotinas repetidas da sua atuação. Com a afirmação da Enfermagem como Ciência, as modificações da clientela, da organização do avanço tecnológico e dos próprios profissionais de Enfermagem, a prática da profissão deixa de ser mecânica, massificada e descontínua, utilizando-se de métodos de trabalho que favorecem à individualização e à continuidade da Assistência de Enfermagem, bem como do estudo crítico do atendimento que se presta.

Foucault (1995) diz que na terapia intensiva, campo das práticas e cuidados, verifica-se uma série de fatores e movimentos que corroboram para que os profissionais deste ramo específico busquem desenvolver uma vontade de saber, caracterizada pelo domínio incessante e massificado de conhecimentos de cunho técnico-científico para que sejam capazes de subsidiar a prática de suas ações junto à clientela assistida, obtendo com isso melhores resultados, reconhecimento, satisfação pessoal e poder, entretanto, constata-se na prática que a valorização excessiva deste binômio saber-poder, nem sempre traz reais benefícios à clientela que é assistida. Ademais, vê-se constantemente

que este comportamento tem possibilitado a criação de fissuras nas relações que se estabelecem entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, desfavorecendo a qualidade e eficácia do produto final de sua interação: o cuidado.

Segundo Kurcgant (1991) é da competência do enfermeiro a avaliação da assistência, sendo que o resultado desta avaliação implica muitas vezes na decisão sobre a assistência no dia seguinte, portanto se no decorrer do dia houver falhas em uma decisão, isto ocasionará uma situação grave. Por isso o enfermeiro, nessa área, engloba o conhecimento profundo das necessidades dos pacientes no que se refere à doença enquanto processo mórbido e suas consequências.

Pode-se dizer que o conhecimento necessário para um enfermeiro vai desde a administração e efeito das drogas até o funcionamento e adequação de aparelhos, atividades estas que integram as atividades rotineiras de um enfermeiro desta unidade e deve ser por ele dominado.

De acordo com Hudak e Gallo (1997) o papel do enfermeiro consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas. Além disso, compete ao enfermeiro a coordenação da equipe de enfermagem, sendo que isto não significa distribuir tarefas e sim o conhecimento de si mesmo e das individualidades de cada um dos componentes da equipe. Frente a estes apontamentos, é possível dizer que o enfermeiro desempenha funções cruciais dentro da unidade de terapia intensiva, no que concerne à coordenação e organização da equipe de enfermagem.

A esse respeito Gomes (1988) afirma que o enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar

decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

Os enfermeiros devem ainda, aliar à fundamentação teórica (imprescindível) a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional (HUDAK; GALLO, 1997). Sendo assim a constante atualização destes profissionais, é necessária, visto que desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica, na qual estão inseridos.

Frente às características específicas, o trabalho em equipe torna-se crucial. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente. Este profissional deve estar preparado para enfrentar intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência).

O conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, pode-se afirmar que apesar destes profissionais estarem envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, em muitos momentos existe uma sobrecarga das atividades administrativas em detrimento das atividades assistências e de ensino. Esta realidade vivenciada pelos enfermeiros vêm ao encontro da literatura quando se analisa a função administrativa do enfermeiro no contexto hospitalar e observa-se que este profissional tem se limitado a solucionar problemas de outros profissionais e a atender às expectativas da instituição hospitalar, relegando a plano secundário a concretização dos objetivos do seu próprio serviço (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998).

Entende-se a necessidade dos enfermeiros repensarem a sua prática profissional pois, quando o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência

de enfermagem, implementando-a por meio de esquema de planejamento, está garantido o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativas, assistências e de ensino) e promovendo, conseqüentemente, a melhor organização do trabalho da equipe, que passa a direcionar seus esforços em busca de um objetivo comum que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados(CHAVES, 1993).

De acordo com Kugart (1991), no aspecto informal, a insegurança e o medo também permeiam os membros da equipe de enfermagem. O relacionamento franco e amistoso, mas, exigente, promove um ambiente seguro e calmo. Seres humanos são os pacientes e seres humanos são os integrantes da equipe de enfermagem. Além do conhecimento de sua equipe e da visão de que a equipe é constituída de seres humanos com fraquezas, angustias e limitações, é papel do enfermeiro também estabelecer programas de educação continuada de sua equipe.

Outra área de competência do enfermeiro é assumir o papel de elo de ligação entre o paciente e a equipe multiprofissional. Embora, discutível nesse papel, o enfermeiro assume, nas 24 horas do dia, a coordenação da dinâmica da unidade.

Segundo Amorim e Silverio (2003) o papel do enfermeiro, quando ele opta pelo cuidado e não pela cura, ou seja, quando ele, não se torna escravo da tecnologia, mas aprende a usar a tecnologia a favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar, fica mais claro sob alguns aspectos. Ele passa a valorizar a técnica por ela ser uma aliada na tentativa de preservar a vida e o bem-estar, o conforto do paciente.

Vila e Rossi (2002) afirmam que apesar do grande esforço que os enfermeiros possam realizar no sentido de humanizar para o cuidado, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes, às vezes, individuais contra todo um sistema tecnológico dominante.

Galvão; Trevizan; Sawada (2000) relatam que a própria dinâmica de uma unidade de assistência não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor. Parte-se da premissa de que a liderança pode e deve ser aprendida pelo enfermeiro, entende-se que o preparo em liderança deste profissional seja essencial para a sua prática diária. A busca de meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar do enfermeiro é fundamental, assim, é necessário o embasamento teórico e a comunicação, como instrumentos imprescindíveis na prática do enfermeiro.

Para Nishide; Cintra; Nunes (2003), o enfermeiro assume a responsabilidade de cuidar do paciente, tanto nos casos de emergência quanto no apoio à vida, capacitado, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, a cuidar de todos os doentes, utilizando-se de uma abordagem ampla assegure-lhe sua estima e integridade, quanto a uma ampla base de conhecimentos científicos e de especializações. Resumindo: os enfermeiros precisam integrar suas habilidades técnicas e intelectuais à prática diária.

O papel do enfermeiro ocupa um importante papel nos momentos de fragilidade, dependência física e emocional do paciente, configura-se num importante ponto de apoio para a equipe, quer seja no que se refere à educação e preparo, quer seja, na coordenação do serviço de enfermagem, atua no limiar entre o humano e o tecnológico, diante disso conclui-se que o enfermeiro necessita dispor de habilidades e competências que o permitam desenvolver suas funções com eficácia aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia a humanização e individualização do cuidado.

Fala-se muito sobre humanização, principalmente quando se trata do atendimento de saúde e esta temática ganha um novo status no ano de 2000, quando o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, incluso na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde.

## CAPÍTULO II

### HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

#### 2.1 Conceito de Humanização

Iniciar-se-á este capítulo com a definição de Humanização, tendo em vista que será muito citado no decorrer do trabalho.

Para o dicionário, humanização é o ato de humanizar, que por sua vez significa:

1. Tornar humano; dar condição humana a; humanar.
2. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar.
3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar;
4. Amansar (animais).
5. Tornar-se humano; humanar-se.

Estas definições levam os indivíduos a se questionarem sobre o que é ser humano.

Com a experiência cotidiana pode-se concordar e assumir a definição tal qual o dicionário descreve.

Desde Freud e Marx sabe-se que também faz parte do humano a exploração do outro, a alienação, a agressão, o equívoco e a culpa. Os neo-biologistas querem nos convencer de que somos produtos pura e simplesmente da combinatória genética. Os neo-relativistas querem nos convencer de que o todo é inter-subjetivo e relativamente justificável. E o social? O social foi para o fundo da gaveta pós-moderna, sai de vez em quando, somente para se justificar que nada de novo é possível no mundo humano (ONOCKO, 1998, p. 16).

A autora quer dizer que o ser humano é um ser biopsicossocial, ou seja, ou seja: biológico, subjetivo e social, tendo em vista que somos o tempo todo misturado, inseparável, ao mesmo tempo.

Não se deixa de ser biológico quando submetido à emoções boas ou más, somos humanos, passíveis de amor e ódio. Não deixamos os problemas de lado e entramos no nosso local de trabalho. É impossível deixar as emoções de lado.

Onocko (1998) conceitua Humanizar como tornar humano. Em sentido estrito, mas situado no contexto presente, significa tratar os usuários e familiares como gente, respeitá-los como sujeitos de uma dignidade especial e senti-los como pessoas potencialmente iguais a nós próprios, ou seja, simplesmente respeitar a personalidade e a dignidade inerentes aos seres humanos. Com maior latitude, o termo humanizar pode abranger os conceitos de humanismo e de humanitarismo.

Neste sentido amplo, verifica-se que o termo humanização inclui o humanismo, que pode ser definido como uma tendência doutrinária progressista de pensar a sociedade, caracterizada pela defesa da dignidade, da liberdade e da plena realização da personalidade e dirigida para fomentar a satisfação das necessidades individuais e sociais dos seres humanos.

Hoje, mais que nunca, o humanismo está orientado para o respeito aos direitos humanos e sua efetivação para todas as pessoas, sem exclusão de qualquer uma.

- É necessário o investimento em ambiência , para oferecer um acolhimento tanto para o usuário como para o funcionário, traduzindo em mudanças pensando na melhoria do ambiente e na qualidade de vida dos servidores e usuários, tais como:
  - Implantação nas instituições de mudanças que propiciem um ambiente mais favorável para o funcionário como também para os usuários, tais como:
  - Criação de um ambiente humanizado aos cidadãos e servidores das unidades de saúde;

- Oferecimento de conforto ao cidadão e dispensar um atendimento humanizado e com qualidade;
- Melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde;
- Criação de balcão de atendimento, com universitários devidamente treinados para receber e orientar os cidadãos,
- Manutenção do prédio (limpeza, suprimento de material, consertos e outros);
- Implementação de tecnologia da informação em todos os trabalhos da delegacia; e
- Favorecer uma maior interação e aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade contribuindo para a cura de doenças enquanto oferece ao cidadão educação para prevenção de doenças.

Finalmente, vale lembrar que é inevitável refletir sobre meios eficazes para transformar uma cultura, pois normalmente as pessoas vêem hospitais como locais que devem ser desprovidos de qualquer beleza ou conforto. Obviamente não se muda uma cultura apenas fazendo mudanças físicas em um hospital, mas, certamente, um investimento sério na formação e valorização dos servidores pode, de fato, fortalecer idéias outrora consideradas utópicas ou fora do âmbito e do papel dos profissionais de saúde. Isso pode dar subsídios para que no curso da história (seja de curta, média ou longa duração) e no campo da negociação da ordem política de gestão, os profissionais de uma determinada organização constituam novos parâmetros para ação, introduzindo mudanças na cultura da assistência de saúde.

Rivera (2003) pondera que para mudar as regras do jogo organizacional e as bases da cultura é preciso ir além da mudança das estruturas mentais. Torna-se fundamental um projeto de gestão que democratize as estruturas de poder, que fortaleça a



comunicação, desenvolva formas de avaliação e se comprometa com a prestação de contas.

O autor chega a enunciar que mais comunicação é a estratégia genérica para a mudança cultural.

A comunicação é fator importante dentro de uma instituição, faz necessária a sensibilização dos gestores sobre sua importância seja por meio das palavras, seja através do corpo; demonstrar posturas, formas de apresentação e acolhimento, tendo em vista que estes são a imagem da empresa, mesmo aqueles que não realizam o atendimento direto ao cliente (RIVERA, 2003).

É necessária uma comunicação com múltiplas estratégias comunicativas, com visão e ação transdisciplinar, com objetivo de maximizar as informações, sendo esta congruente com os valores, visão e missão da instituição, bem como com as estratégias, planejamentos e ações daqueles que compõe a corporação.

Neste sentido há a explosão da comunicação eficaz, principal ferramenta inter-relacional entre funcionários, usuários e parceiros nos processos de trabalho.

Para que haja uma boa comunicação na instituição é imprescindível um bom planejamento de comunicação baseado na clareza, transparência e simplicidade da linguagem para alcançar a compreensão dos servidores, como também de seus usuários e conquistar o comprometimento da equipe, como também melhorar o relacionamento com o público.

## 2.2 A Humanização como Processo Gradual de Construção

Segundo Prado (1984) a humanização é um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos.

A humanização é uma nova visão do atendimento tanto no sentido antropológico quanto no psicológico. Todos os profissionais são seres humanos, tal como os usuários, mas nem todos podem ser chamados de humanizados (GARCIA, 2005, p. 95).

Segundo Rios (2003, p. 6), humanização significa:

Valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos;

Garantir condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e para que possam participar como co-gestores do processo de trabalho;

Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinariedade e a grupalidade.

Verifica-se que o atendimento humanizado envolve várias questões que extrapolam a relação profissional/usuário. É a forma como o usuário é atendido, incluindo-se, nesse contexto, a conscientização sobre a necessidade de ser visto como ser humano.

Segundo Garcia (2005) o usuário é um ser humano que tem família, que estuda, trabalha, tem planos, sonhos e sofre por ter sido, de uma hora para outra, extraído de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável por alguma situação. Quando acontece algum problema com um de seus familiares, alguém dela se desestrutura, visto

que o ocorrido a um de seus membros, influencia a todos e, desta maneira, cada família irá enfrentar um momento de crise de forma singular.

Por isso, conforme destaca Martins (2002, p. 25), deve-se levar em conta que:

- O usuário está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo;
- A assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do usuário;
- As necessidades de quem assiste e de quem é assistido interagem na instituição.

É visível que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde desumanizou-se. As novas tecnologias contribuíram para isso, pois muitos fatos e ocorrências, atualmente, podem ser registrados através de computadores e até mesmo a obtenção de atestados são realizados à distância, restringindo o contato pessoal e a disponibilidade de profissional em atender bem seus usuários e seus colegas de trabalho.

De acordo com Garcia (2005, p. 96), são tópicos importantes na humanização do atendimento:

- O interesse e a competência do profissional;
- O diálogo entre o profissional e o usuário e/ou seus familiares;
- O favorecimento de facilidades para que a vida do usuário e/ou familiares seja melhor e para que se evitem aborrecimentos e constrangimentos;
- O respeito aos horários de atendimento.
- Segundo Garcia (2005, p. 97):

A humanização deve abranger o conjunto de relações nas instituições, recepção/usuário, profissional/equipe, profissional/instituição. É função do gestor regular e estimular a melhoria desse conjunto de relações. Muitos problemas podem ser resolvidos ou atenuados quando o usuário/ servidor sente-se compreendido e respeitado pelo profissional, devendo esse oferecer uma maior

receptividade àquele. É fundamental ao profissional incorporar o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais à tarefa assistencial, desenvolvendo a sensibilidade para conhecer a realidade do usuário/ funcionário e a ouvir suas queixas.

Com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana. Por outro lado, seu desenvolvimento fragmentado, segundo diferentes experiências, e o fato de cada um de seus singulares realizadores tentar explicar as dificuldades do mundo com um horizonte de análise reduzido têm colocado as razões e motivações de tal movimento humanizador em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos (PUCCINI; CECILIO, 2005, p. 1343).

De acordo com Benevides; Passos (2005) para um processo de mudança que possa responder aos anseios dos usuários e profissionais, a humanização deve contar com o apoio e o incentivo do gestor.

É imprescindível o apoio do gestor para que tal processo dê certo, não adianta apenas a boa vontade dos agentes públicos é necessário o empenho de toda a equipe.

Observa-se que a humanização deve ganhar outra amplitude quando implicada na construção de políticas públicas de saúde. De nada serve o esforço se isso não resultar em alterações nas práticas dos serviços, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Segundo Benevides; Passos (2005) são necessárias mudanças nos processos de produção de saúde para que a política de humanização seja implantada nos serviços de saúde, culminando com a transformação das próprias práticas. A humanização constrói-se conjuntamente com a atenção à saúde e a gestão. É a partir dessas transformações que as práticas de saúde pública podem ser efetivamente alteradas.

É fundamental descobrir a própria identidade da instituição. Algumas instituições conseguem fazer uma verdadeira revolução que resulta em maior satisfação da equipe e em melhor atendimento ao usuário, centralizando esforços na construção de uma aliança forte e solidária entre o gestor e os servidores (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 215).

Nota-se de acordo com a literatura e diversos teóricos que para o sucesso de uma instituição/empresa, deve-se valorizar os recursos humanos, pois não adianta apenas investimentos em tecnologia se o pessoal não estiver preparado e satisfeito com o seu local de trabalho. Mesmo sabendo da dificuldade em se motivar os agentes públicos nos dias de hoje, tendo em vista os salários percebidos, acredita-se que oferecendo-lhe um ambiente de trabalho agradável é meio caminho andado.

De acordo com Garcia (2005) todos os profissionais são seres humanos, tal como os usuários, mas nem todos podem ser chamados de humanizados e para um bom acolhimento e um atendimento com qualidade é necessária a sensibilização destes por meio de treinamentos.

Verifica-se então que, o fazer saúde, compreendido na humanização implica em transformar o modo de como o usuário tem acesso aos serviços de saúde desde a procura até a consulta e encaminhamentos pertinentes a necessidade do momento, com isso, além de contribuir para formação de um atendimento humanizado e melhoria na qualidade da atenção, é também uma estratégia de reorientação dos profissionais quanto ao atendimento qualificado e nas relações dos usuários na melhora do seu bem-estar.

O acolhimento é primordial nas unidades de saúde, pois partindo de um atendimento humanizado, integral aos usuários é que se pode intervir de maneira eficaz no cuidado com o paciente, o que tem se tornado um grande desafio nas Instituições de saúde. É nesse contexto que as mudanças estão ocorrendo, com a implementação de medidas que visem melhorar a qualidade de vida do usuário, através de um acolhimento adequado para o paciente.

### 2.3 A Humanização e o Cuidado de Enfermagem

A área da saúde vem sofrendo limitações em suas práticas para responder de maneira afetiva e atenciosa à saúde dos indivíduos e das populações. Isso se revela um contraste em relação ao desenvolvimento tecnológico e aperfeiçoamento das técnicas cada vez mais evidentes e ao mesmo tempo uma preocupação com propostas de mudanças.

Os movimentos de reformas sanitárias, as Conferências de Saúde e os grupos militantes ligados a ações pelo desenvolvimento da consciência cidadã, os quais atuaram a partir da década de 80 foram responsáveis pela origem do movimento do processo de humanização. Esse processo foi institucionalizado com a constituição de 1988 e com a estruturação do SUS. Assim a idéia de humanização passou a ser compreendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção da saúde (REIS, MARAZINA, GALLO, 2004).

Na área hospitalar e no setor da UTI a concentração de tecnologia e valorização da ciência se intensificou, e isso levou ao detrimento do homem e seus valores humanos.

Em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e a pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde teve incluso a humanização em dezembro de 2000. O programa nos dias de hoje foi substituído por uma política de assistência intitulada por HUMANIZA SUS (DESLANDES, 2004).

Deslandes (2004) diz que o rápido crescimento de Unidades de Cuidados Intensivos na década de 60 trouxe o progresso tecnológico que disponibilizou

equipamentos invasivos e não invasivos para medir, monitorar, e regular os sistemas orgânicos. O que tornou os cuidados intensivos mais aversivos, solitários e desumanizantes.

O desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva tem sido observado no aspecto arquitetônico, no aspecto tecnológico, e na constante busca pela humanização em que se revela no conforto físico e psicológico. A humanização deve estar presente nas equipes de terapia intensiva como um indicador de qualidade de serviços (KNOBEL, 1998).

Humanizar é fazer boas ações, demonstrar ternura e respeito, sentir o outro. É ver o outro. É ver o outro como um ser humano, um ser total - corpo, mente, emoção e espírito ( NASCIMENTO e MARTINS, 2003: p. 16).

A palavra humanização foi determinada para definir esse processo de mudanças pela ênfase ao humano, e renasceu para valorizar o gênero humano. Esse processo envolve todos os membros da equipe fazendo com que as responsabilidades da equipe se estendam além das intervenções tecnológicas e científicas no paciente (MAGALHÃES, GUANAES, CELLI *et. al.*,2004).

O termo humanização revela uma ampla variedade de iniciativas responsáveis por definir a forma de assistência empregada que evidencia a qualidade do cuidado técnico, mas também reconhecendo os direitos dos pacientes, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento e valorização do profissional e a comunicação entre as equipes (DESLANDES, 2004).

A proposta da política nacional a respeito da humanização quer modificar o modelo de assistência hospitalar tornando-o centrado na comunicação e no diálogo entre os pacientes e usuários, profissionais e gestores, proporcionando mudanças na cultura de atendimento e levando-se em consideração a necessidade de aperfeiçoar a qualidade dos

serviços prestados. A humanização é a forma de se oferecer atendimento de qualidade, inter-relacionando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento (DESLANDES, 2004).

O resgate da humanização nos centros de terapia intensiva implica na atenção a três itens de grande importância que são: o cuidado disponibilizado ao paciente e seus familiares que se encontram em situação de fragilidade e desconsideração, a atenção ao profissional da saúde que atua na equipe confrontada diariamente com sofrimento, e as peculiaridades do ambiente físico nocivo (KNOBEL, 1998).

As iniciativas de humanização procuram intensificar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça a política de respeito e valorização humana. Humanizar o ambiente hospitalar é fortalecer o comportamento ético, o cuidado técnico-científico interado com o cuidado que incorpora o acolhimento diferente baseado na singularidade. É adotar uma maneira em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais e possam alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade (PENIDO, GORETTI, BAMBIRRA *et. al.*, 2004).

Em uma visão mais ampla, Zaher et al. (2003) vão além da valorização do gênero humano e do atendimento às necessidades biopsicossocioespiritual, humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais tanto dos clientes como dos profissionais de saúde em função de uma melhoria das condições de trabalho e da qualidade do atendimento, por meio de ações que promovam competência técnica e tecnológica, valorizando a dimensão subjetiva dos clientes e dos profissionais de saúde.



Neste processo de transformação é imprescindível compreender saúde como bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas ausência de doença. Tem-se urgência em abandonar o conceito biologicista e puramente curativo, é preciso reconhecer o cliente como um indivíduo ativo no processo saúde–doença, como sujeito de direitos e capaz de exercer sua autonomia. A dignidade da pessoa, bem como sua liberdade e bem-estar são fatores a serem ponderados na relação cliente e profissional de saúde.

Humanizar a relação com o cliente exige que o profissional da saúde valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, compreendemos que tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida (CASTE; CORRÊA, 2003).

Com base nesta pesquisa bibliográfica, alguns estudos demonstraram que muito frequentemente as expectativas dos clientes quanto ao cuidado, relacionado às atividades de enfermagem são direcionadas ao aspecto emocional, classificadas por Watson et al. (1979) como interacional/expressiva que envolve o aspecto psicossocial, tal como oferta de suporte emocional minimizando os valor da atividade instrumental e técnica que focaliza mais o espaço físico e o atendimento das necessidades dos clientes, tais como medicação, higiene entre outros.

Isto nos remete ao estudo de Silva (1994), no qual os clientes apontaram que no cuidado de enfermagem, com qualidade, a dimensão expressiva se sobressai à instrumental.

Destaca-se assim um instrumento importante na relação cliente/profissional de saúde, ingrediente fundamental no processo de humanização e no ato de cuidar: a comunicação.

Na enfermagem, a comunicação é o melhor caminho para um bom relacionamento, uma vez que cuida-se de pessoas com diferentes culturas, crenças e hábitos, tendo sempre que disponibilizar de uma comunicação clara e objetiva, para que estas possam se inteirar das rotinas do serviço, das suas condições clínicas e de suas limitações.

Para Ferreira (1999, p. 167), comunicação é o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionais, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual.

Conforme Silva (2002) relata, a comunicação para ser efetiva deve ser bidirecional para que haja entendimento e compreensão, posto que a comunicação faz parte do ser humano. Para tal ato, faz-se uso de diversos tipos de comunicação entre elas a verbal e a não-verbal, sendo a primeira caracterizada por palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada e a segunda obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

A autora acima ainda nos apresenta um terceiro tipo de comunicação: a terapêutica. Esta é definida como “a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, a relacionarem-se com os demais, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios à auto-realização”. (p. 40) Isto não é uma tarefa fácil, contudo, é uma habilidade que pode e deve ser desenvolvida, ao considerarmos a comunicação como instrumento fundamental no relacionamento

profissional/cliente, fazendo parte não apenas na questão do respeito, mas sim, de uma forma terapêutica.

Desse modo, fica clara a relevância da comunicação no processo de humanização. Entretanto, vale lembrar o que Santana e Silva (2000) dizem, ou seja, não há regras e nem fórmulas para a viabilidade do processo, já que este depende fundamentalmente da conscientização de sua importância. Os autores acima ainda sugerem como alternativas de otimização o investimento na formação de recursos humanos e na compreensão do cliente como um ser único e indivisível.

## **CAPÍTULO III**

### **O PACIENTE HOSPITALIZADO**

O cenário Hospitalar é desconhecido do paciente ele passa a conviver com outros pacientes doentes, sendo assim transportado para um ambiente associado, não só por ele, ao sofrimento e à morte. Ao ser hospitalizado, o indivíduo é afastado abruptamente de sua família, de sua casa, de seus amigos, o que gera situações de extrema insegurança. Entretanto, esta situação vem sendo modificada através de inúmeras iniciativas que já foram adotadas em alguns Hospitais do Brasil.

A finalidade primordial no hospital é o atendimento e o cuidado do paciente como pessoa. “Nenhum complexo tecnológico poderá jamais substituir a capacidade humana de formar aquele outro complexo, o de pessoas, diversificadas em suas características individuais( MEZOMO, 1979, p.13).

O processo de hospitalização é agressivo e doloroso, além de inevitável e inadiável. Os pacientes, de um modo geral, são surpreendidos pela doença e pela hospitalização, tendo que deixar seus compromissos à serem resolvidos, sua família sem assistência e tendo que mudar-se para um ambiente estranho e impessoal, levando como bagagem o medo e a incerteza. Sai de sua casa onde tem total autonomia e vai para uma instituição desconhecida que lhe traz lembranças de coisas ruins, entre elas a morte sempre está presente.

De acordo com Manzolli (1987) a hospitalização é responsável pelo afastamento do paciente de seu cotidiano para um ambiente com rotinas e normas rígidas, podendo refletir de forma negativa, levando esta pessoa a experimentar sentimentos como o medo e a carência. Por si só, essa pode ser uma experiência desagradável por envolver

inúmeros aspectos negativos como o distanciamento do ambiente familiar, de pessoas significativas, além de, às vezes, significar um certo grau de dependência.

A hospitalização é um dos eventos da vida moderna que envolve profunda adaptação do homem às várias mudanças que acontecem em seu dia-a-dia. Este reajustamento pode ocorrer de forma mais fácil em certas pessoas; em outras entretanto, apresenta-se de forma difícil, exigindo mais tempo, grande esforço e intensa assistência( MANZOLLI, 1987, p.49).

Verifica-se que a partir do momento que a pessoa adoece e é encaminhada para a internação, perde a privacidade do lar ou do ambiente onde vive, sofre uma redução do próprio espaço, diminuindo assim sua autonomia.

Com isso, observa-se que o sujeito terá que criar novos espaços e pontes; dessa forma modificam-se horizontes, pois o ambiente hospitalar é diferente de seu habitat, passando a ser tudo diferente, o que é uma situação muito triste .

Prado (1991, p.81) afirma que: “os mistérios universais relacionados ao nascimento, sexo e morte sempre foram cercados de tabus e mitos sociais, os sentimentos desconhecidos ligados a eles mantendo-se secretos e poderosos através do desenvolvimento da humanidade”.

Pode-se afirmar então que, a internação é a ruptura da história do indivíduo, pois ele percebe que não é mais o mesmo. Com isso ele passa a sofrer diante da imagem de si mesmo, já alterada.

Com isso, o paciente ao ser internado passa a sentir medo da situação que o aguarda, ou seja, o medo do isolamento, de dependência, de sofrimento, o que o pode tornar um ser diferente e exigente.

Ele se vê separado de tudo o que constitui sua vida habitual, de seus laços afetivos. O paciente sente-se e torna-se dependente de todos. Dependente do médico, cuja “ciência” o poderá salvar e que, por isto mesmo, o deseja todo tempo perto de si. Dependente da equipe de cuidados para sua alimentação, medicação

e higiene. Dependente da família e dos amigos, que o vêm visitar (AMIN, 2001, p.16).

De acordo Sawada *et al* (1998) ao ser internado o indivíduo perde o controle sobre os parâmetros espaciais, o que pode levar ao estresse psicológico, pois seu território é invadido, com a invasão deste espaço o paciente é levado a reações adversas como ansiedade, inquietação, luta ou fuga. Essa reação dependerá da percepção do indivíduo à uma multiplicidade de fatores como necessidade individual, experiências anteriores de vida e pressões culturais.

Melchhiades (2008) ratifica as observações anteriores e ressalta que ao contrário do paciente de consultório que mantém seu direito de opção em aceitar ou não o tratamento e desobedecer à prescrição, o doente hospitalizado perde tudo, ou seja, nesse momento perde sua autonomia, deixando de ser o sujeito e passando a ser o objeto da prática médica hospitalar.

A equipe de enfermagem e o paciente estabelecem um relacionamento interpessoal a partir do momento que se inicia sua estada na unidade de saúde. Segundo, Moscovici (1995, p. 32-33):

Pessoas convivem e trabalham com pessoas e portam-se como pessoas,isto é, reagem às outras pessoas com as quais entram em contato:comunicam-se, simpatizam e sentem atrações, antipatizam e sentem aversões, aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, competem,colaboram, desenvolvem afeto. Essas interferências ou reações, voluntárias ou involuntárias, intencionais ou inintencionais, constituem o processo de interação humana, em que cada pessoa na presença de outra pessoa nãoé indiferente a essa presença estimuladora. O processo de interação humana é complexo e ocorre permanentemente entre as pessoas sob forma de comportamentos manifestos e não manifestos, verbais e não-verbais,pensamentos, sentimentos, reações mentais e/ou físico-corporais

Nesse período de internação hospitalar, o relacionamento passa a acontecer de várias reações sob a forma de comportamentos, palavras, pensamentos, sentimentos ou outras formas.

É imprescindível que o profissional de enfermagem esteja atento ao seu próprio comportamento já que suas atitudes são determinantes da relação desenvolvida com o paciente. Vale lembrar que este profissional tem por objetivo a cura da doença ou, quando isso não é possível, o alívio dos problemas de saúde do paciente, o que está em perfeita concordância com o pensamento do paciente que se encontra internado, pois certamente ele anseia pela resolução de seu problema de saúde.(SILVA, 2008)

Diante disso, verifica-se a que deverá haver uma distância entre o profissional e o cliente; ou seja, o enfermeiro deve conhecer e respeitar as variações da distância que deve ser mantida nas diferentes situações de interação com o paciente de forma que ambos se sintam confortáveis (SAWADA, 1998)

A distância mantida entre profissional e paciente, faz parte do processo de comunicação, pois, a forma como um interlocutor se coloca, interfere no processo de comunicação. Um outro aspecto importante na comunicação é o sentimento, já que conhecer o sentimento da outra pessoa em relação a determinado evento, faz com que a comunicação possa ser alterada, a fim de melhorar o relacionamento (SAWADA, et al, 1998).

Portanto, acredita-se que a forma como o profissional de enfermagem estabelece relação como o paciente influenciará no cuidado prestado e também pode ser, ela mesma, uma maneira de cuidar.

É visando ao relacionamento humano que os enfermeiros procuram dialogar com o paciente, seus familiares, as comunidades e a equipe de saúde; é também através do relacionamento que procuram desenvolver métodos de trabalho de grupo, em equipes, que propiciem um melhor entendimento para si mesmos e para os outros. Sendo o cerne da própria profissão, o relacionamento ocupa lugar bastante elevado na escala de valores da mesma (MANZOLLI, 1983, p. 1).

É imprescindível lembrar a importância do aspecto da empatia, em um relacionamento, pois é através dela que será estabelecido o relacionamento entre paciente e profissional de saúde .

Para que ocorra a empatia como processo terapêutico, é fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o profissional de saúde trate-o de forma individualizada, respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa.

A empatia é uma habilidade que pode ser desenvolvida junto ao paciente. Sua importância residindo também no fato de que um paciente que percebe o entendimento do seu problema pela equipe de enfermagem tem mais chances de desenvolver um melhor relacionamento com esta equipe (TAKAKI E SANT'ANA, 2004).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários e suas necessidades, interagindo com eles, levando em conta seus contextos e seu modo de levar a vida, podem ser um bom começo.”( CECÍLIO, 2001, p.114-115)

Pode-se observar no decorrer deste trabalho a importância que os autores dão ao reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento.

O acesso e acolhimento são fatores essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Ouve-se diversos relatos de instituições de saúde com relação a acesso e acolhimento.

Há serviços com áreas físicas tão pequenas que não dispõem de uma sala de espera, outros em que, mesmo contando com um bom local para espera, não encontraram fórmulas para extinguir as filas.

Às vezes as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexistente qualificação adequada dos funcionários da recepção ou, pelo contrário, monta-se um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta que culmina com um mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas, de desinteresse.

Levando-se em consideração a melhoria da assistência à saúde aos pacientes sugere-se aos profissionais de saúde de todas as áreas e principalmente de enfermagem

que façam uma reflexão sobre suas próprias atitudes e comportamentos durante o relacionamento com os pacientes. A fim de melhorar o relacionamento com os pacientes e buscar levar-lhes boas sensações. Em virtude dos aspectos mencionados, este estudo propicia um acréscimo do conhecimento acerca do tema abordado, mas acredita-se na necessidade de mais pesquisas a respeito da influência do relacionamento entre a equipe de enfermagem e paciente no seu estado de saúde. Possivelmente outras metodologias de pesquisa poderão trazer a ampliação do saber sobre o tema e como ele ocorre em diferentes lugares

Espera-se que a abordagem deste tema, venha contribuir para que os profissionais de enfermagem reflitam o seu agir, vendo o cliente como ser humano, que necessita de uma assistência digna, utilizando-se a empatia como termômetro na humanização, A responsabilidade por prestar um cuidado que valorize a intersubjetividade dos sujeitos, os direitos e a cidadania. Finalmente, que busque melhores condições de trabalho, valorizando assim sua categoria e ocupando seu espaço no contexto dos serviços de saúde

## REFERENCIAS

AMIN, Tereza Cristina Coury. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários**, 2001, disponível <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/amintccm.pdf>, acesso em 23 de julho de 2012

CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva; PINHO, Maria Carla Vieira; MATSUDA Laura Misue; SCOCHI, Maria José. CUIDADO E HUMANIZAÇÃO NA ENFERMAGEM: REFLEXÃO NECESSÁRIA, , **2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**, 13 a 15 de outubro de 2005 – UNOESTE Campus de Cascavel, disponível no site <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf>

ROSSI, L. A. **Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado**. In: Cianciarullo, T.; Gualda, D.; Melheiro, M.; Anabuki, M. (org.). Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.

BAGNATO, Maria Helena Salgado e COCCO, Maria Inês Monteiro. **Memória educativa e a tessitura de conceitos educacionais: experiência vivenciada na licenciatura em enfermagem**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, vol.10, n.3 [citado 2011-05-25], pp. 439-445. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300019&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692002000300019. Acesso em 25/05/11, acesso em 20 de maio de 2012

BATISTA N.A. **Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise**. Trabalho, Educação e Saúde 2005

BIGGE, M.L. **Teorias da aprendizagem para professores**. São Paulo, EPU/EDUSP,1977.

DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz e MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. **Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, vol.10, n.2 [citado 2011-05-25], pp. 185-191 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200010&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0104-116910.1590/S0104-11692002000200010. acesso em 25/06/12

FARIA LR. Os primeiros **anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller**: 1915-1920. Physis 1995; disponível no site

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100018&script=sci_arttext), acesso em 20 de junho de 2012.

FARIA, Josimerci Ittavo Lamana; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, out. 2004 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000500017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500017&lng=pt&nrm=iso). acesso em 19 de junho de 2012,

FREIRE. P. *Pedagogia do Oprimido*. 9 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981. 63-87p.

GEOVANINI, Telma. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2005.

GOODING, C.T.; PITTENGER, O.E. **Teorias da aprendizagem na prática educacional**. São Paulo, EPU/EDUSP, 1977.

LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da Escola Pública**. São Paulo : Loyola, 1990.

MANZOLLI, Maria Cecília. **Relacionamento em Enfermagem: Aspectos psicológicos** . São Paulo: Sarvier, 1983

MASETTO M. **Docência na universidade**. 3ª ed. Campinas: Papyrus; 2001.

MELCHIADES, Ana Paula. **O Paciente Hospitalizado: Um foco para Psicologia da Saúde**, Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008, disponível no site <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2009/02/anapaulamel.pdf>, acesso em 07 de setembro de 2012

MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

MOREIRA, Almerinda; Oguisso Taka. **Profissionalização da Enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MOSCOVICI, Felá. **Desenvolvimento Interpessoal: Treinamento em Grupo** .5ªed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?**. Interface, 9(17): 389-394, 2005

PERSEGONA, Karin Rosa; LACERDA, Maria Ribeiro; ZAGONEL, Ivete Palmira. A subjetividade permeando o processo de cuidar em Enfermagem à criança com dor. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2. 2007.

RIOS, Izabel Cristina, **Caminhos da Humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Aurea, 2003.

SANTOS, Claudia B. dos; LUCKESI, Luciana Barizon. **A imagem da Enfermagem frente aos estereótipos: uma revisão bibliográfica**. Disponível em [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200009&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200009&script=sci_arttext&tIng=pt). Acesso em 03 de maio de 2012.

SANTOS, Roberto Vatan dos. **Abordagens do processo de ensino e aprendizagem**. 2005 [ftp://www.usjt.br/pub/revint/19\\_40.pdf](ftp://www.usjt.br/pub/revint/19_40.pdf), acesso em 27 de junho de 2012

SILVA, David Ribeiro. **A importância atribuída pelo paciente hospitalizado quanto ao seu relacionamento com a equipe de enfermagem** Trabalho Monográfico apresentado a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia –Campus de Jequié-BA, 2008, disponível no site <http://pt.scribd.com/doc/33337923/IMPORTANCIA-ATRIBUIDA-PELO-PACIENTE-HOSPITALIZADO-QUANTO-AO-SEU-RELACIONAMENTO-COM-A-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM>, acesso em 28 de agosto de 2012.

SMELTZER e BARE, **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7ª edição, Volume 1, Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1994

SAWADA, N.O.; GALVÃO, C.M.; MENDES, I.A.C.; COLETA, J.A.D. Invasão do território e espaço pessoal do paciente hospitalizado: adaptação de instrumento de medida para a cultura brasileira. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 5-10, janeiro 1998.

TAKAKI, Maria Harue; SANT'ANA, Débora de Mello Gonçalves. A Empatia como essência no Cuidado Prestado ao Cliente pela Equipe de Enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde. **Cogitare Enfermagem** , Curitiba, vol. 9, n.1, p. 79-83, jan/jun, 2004. Disponível

em: URL: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/-cogitare/article/viewFile/1708/1416>>. Acessado em: 23/08/2012

UCHÔA, Maria das Graças; LEMES, Maria Madalena Del Duqui. **A Visão dos Enfermeiros que Trabalham em Unidade Hospitalar Pública sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem**, 2010, disponível no site [http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia\\_01.pdf](http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_01.pdf), acesso em 25 de fevereiro de 2012.