

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**HELOISE DE SOUZA CRUZ  
TATIANE MAQUELI BRESCIANI**

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS  
ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE NO EXTREMO SUL  
CATARINENSE**

**CRICIÚMA  
2023**

**HELOISE DE SOUZA CRUZ  
TATIANE MAQUELI BRESCIANI**

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS  
ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO EXTREMO SUL  
CATARINENSE**

Projeto de Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Me. Leticia Felipe Milak

**CRICIÚMA  
2023**

**HELOISE DE SOUZA CRUZ  
TATIANE MAQUELI BRESCIANI**

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS  
ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO EXTREMO SUL  
CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharelado, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Criciúma, 12 de junho de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

*Leticia Felipe Milak*

Prof. Leticia Felipe Milak - Mestre em Saúde Coletiva - (UNESC) - Orientadora

*Karina C. Gulbis*

Prof. Karina Cardoso Gulbis - Doutora em Ciências da Saúde - (UNESC)

*Denise Maccarini*

Prof. Denise Maccarini - Doutora em Neurociências - (UFSC)

**Dedicamos este trabalho aos nossos amores  
Leticia Freitas França e Henrique Milanez  
que foram uma fonte inesgotável de apoio,  
paciência e amor durante todo o processo.**

## **AGRADECIMENTOS**

“Aquele que habita no esconderijo do altíssimo, à sombra do onipotente descansará. Direi do Senhor: Ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza e nele confiarei” (Salmo 91:1.2).

A Deus, em primeiro lugar, toda honra e glória por ter nos proporcionado chegarmos aqui, por ter sido sempre a nossa principal base e força durante toda essa trajetória, afinal, cinco anos não são cinco dias.

Aos nossos queridos e amados pais, Edilson Cruz, Rosilda de Souza Cruz, Valmor Aleixo Bresciani e Noeli Bresciani, por serem nossos alicerces, exemplos de força, coragem e determinação, por não medirem esforços para que pudéssemos chegar até onde estamos, por acreditar em nós desde o primeiro dia da nossa existência, por todo amor, carinho, companheirismo e toda cumplicidade – AMAMOS VOCÊS.

Aos nossos parceiros e amores de nossas vidas, que estiveram junto durante essa caminhada suportando nossos surtos, crises existenciais, dando suporte, apoio e dizendo que tudo iria dar certo, Henrique Milanez e Leticia Freitas França, essa conquista também pertence a vocês. Amamos vocês imensuravelmente.

À nossa orientadora, Prof. Me. Leticia Felipe Milak, obrigada por toda paciência e pelo incentivo sempre que nos desesperamos achando que não iríamos conseguir. Aos nossos professores, pessoas que se fizeram essenciais para a concretização deste sonho, sem vocês, não seria possível. À UNESC que ao longo desses cinco anos tornou-se nossa segunda casa, e foi nossa fonte de aprendizado.

**“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”**

Mahatma Gandhi

## RESUMO

**Introdução:** A Política Nacional de Humanização (PNH), possui uma das diretrizes o acolhimento que se traz como pauta à escuta qualificada que é feita pelos trabalhadores quanto às necessidades do paciente ou usuário do sistema de saúde, promovendo a comunicação entre os gestores, trabalhadores e usuários do SUS na busca de construir processos em conjunto de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, algumas vezes, estabelecem atitudes e práticas insensíveis quanto as pessoas e que impedem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no autocuidado. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo apresentar um estudo sobre a aplicabilidade da Política Nacional de Humanização, por meio de questionário e observações com trinta profissionais enfermeiros em um hospital de médio porte do estado de Santa Catarina. Ou seja, buscar entender se estes profissionais sabem o que é a Política Nacional de Humanização, também, buscar saber se realizam a aplicação desta prática no dia a dia. Muito além de apenas pesquisar se os mesmos entendem, levaremos a informação sobre a PNH em forma de cartilha, junto ao estudo, com o intuito de sensibilizar e conscientizar o profissional e levar anseio à prática de humanização em suas atividades. O maior objetivo se deu por avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Política Nacional de Humanização e promover a utilização dos protocolos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, no qual se deu por meio de entrevistas com enfermeiros de setores e turnos distintos, sobre o conhecimento da Política Nacional de Humanização entre profissionais de enfermagem que se encaixam no perfil selecionado. O cenário do estudo aconteceu em um hospital do estado de Santa Catarina, localizado a 188 km da capital. **Resultados:** O perfil dos enfermeiros foi de maioria do sexo feminino, com média de idade de 30 anos, predominantemente com o tempo de formação inferior a 2 anos, e com metade dos entrevistados com especialização em áreas de UTI e Urgência e Emergência. **Conclusão:** O objetivo proposto foi alcançado e pudemos analisar a percepção dos enfermeiros quanto aos assuntos de Política Nacional de Humanização, e com isso, concluiu-se que existe carência de entendimento quanto aos assuntos que dizem respeito a Política Nacional de Humanização.

**Palavras-chave:** Política Nacional de Humanização, Sistema Único de Saúde, Enfermeiros, Conscientização, Hospitais.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Educação e Saúde.....	48
----------------------------------	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados sociodemográficos .....	33
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNH	Política Nacional De Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAE	Sistematização de Assistência em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 HIPÓTESES</b> .....	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVO</b> .....	<b>17</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	18
4.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO-PNH.....	19
<b>4.2.1 Acolhimento</b> .....	<b>20</b>
<b>4.2.2 Clínica ampliada</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2.3 Cogestão</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2.4 Defesa dos direitos do usuário</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2.5 Fomento de grupidades, coletivos e redes</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2.6 Valorização do trabalho e do trabalhador</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2.7 Construção da memória do “sus que dá certo”</b> .....	<b>24</b>
<b>4.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR</b> .....	<b>25</b>
4.4 A HUMANIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM .....	25
<b>5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>27</b>
5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	27
5.2 TIPO DE ESTUDO .....	28
5.3 LOCAL DO ESTUDO .....	28
5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	29
<b>5.4.1 Critério de inclusão</b> .....	<b>29</b>
<b>5.4.2 Critério de exclusão</b> .....	<b>29</b>
5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	29
<b>5.5.1 Instrumentos da coleta de dados</b> .....	<b>29</b>
5.6 ANÁLISE DE RESULTADOS .....	30
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
6.1 CATEGORIA 1: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO .....	32

6.2 CATEGORIA 2 - CONTATO PRÉVIO COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	33
6.3 CATEGORIA 3 – CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	38
6.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	47
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>57</b>
APÊNDICE A - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS .....	58
<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....</b>	<b>58</b>
APÊNDICE B- EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA APÓS A COLETA DE DADOS .....	60
<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE .....	62
ANEXO B - CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO.....	66
ANEXO C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	67
.....	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, constitui grande avanço na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, ainda enfrenta o desafio de implementar um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Esse modelo pós-reforma, representado pelo SUS, consolida conceitos e práticas como acolhimento, humanização, acesso universal, integralidade da atenção e vínculo, com o objetivo de resgatar a relação entre os sujeitos sociais (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 12).

Nesse mesmo ano de 1988, passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Os desafios, no entanto, são muitos, cabendo ao Governo e à sociedade civil a atenção para estratégias de solução de problemas diversos, identificados, por exemplo, na gestão do sistema e também no subfinanciamento da saúde (BRASIL, 2012).

A saúde é assegurada como direito constitucional desde o ano de 1988, e ao estado a responsabilidade de garantir a integralidade, equidade e universalidade, princípios defendidos pelo SUS. Com o desafio de viabilizar estes, o governo lançou em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que passou a ser denominada Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 (BRASIL, 2004).

A HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da Saúde em 2003, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma

coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).

Segundo a PNH, a humanização abarca os diferentes atores do processo de produção da saúde – usuários, trabalhadores e gestores – norteados por valores tais como: autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculo solidário e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2011).

Com o intuito desde sua criação, estimula a comunicação entre os gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que tiram a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si a PNH sempre buscou colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, para melhorias no método de gerir e de cuidar (BRASIL, 2013).

A humanização da assistência tem sido objeto de debate na área da saúde, intensificado nos últimos anos após a criação de uma política pública integrante do SUS. A PNH, traz o conceito de humanização relacionado ao direito à saúde afastando-se do conceito da caridade e da filantropia que em muito se atrelava, e ainda se atrela, às práticas de cuidado, mesmo àquelas ocorridas formalmente nos serviços de saúde. No senso comum, observa-se essa marca, pois a humanização da assistência é concebida com ênfase em atributos morais que sustentam as relações interpessoais entre profissional e usuário, distanciando-se do que é proposto pela PNH (ARAÚJO; FERREIRA, 2011).

Salienta-se que a PNH tem a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão do SUS. Tem como objetivos criar estratégias e um método inclusivo construído com a coletividade – usuários, profissionais de saúde e gestores – para superar os desafios impostos na prática de saúde no Brasil. Um dos objetivos a alcançar é a qualidade no atendimento, no entendimento de que os sujeitos são autônomos, protagonistas, estando a saúde inserida no contexto da cidadania (ARAÚJO; FERREIRA, 2011).

Dentre os métodos e diretrizes utilizados pela PNH: Acolhimento com classificação de risco, equipes de referência e de apoio matricial, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva, projetos coordenados de ambiência, colegiado gestor, contrato de gestão (BRASIL, 2013).

Princípios do humanizaSUS: Transversalidade, transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. Indissociabilidade entre atenção e gestão, as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde (BRASIL, 2021).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, em que surgem muitas resistências, pois esse processo inclui mudanças de comportamento que despertam receio e medo. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Entretanto, os novos padrões não são generalizáveis, pois, cada instituição, cada equipe, cada profissional, terá seu processo singular de humanização. A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, foi formulada para a efetivação dos princípios do SUS (FREITAS et al., 2020).

O usuário e sua rede sócio familiar devem também se responsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (BRASIL, 2021).

Acredita-se que os resultados desta pesquisa sirvam de referência para estudos futuros envolvendo esse contexto, sobretudo, pela possibilidade de verificar se a PNH está atingindo o objetivo de humanizar o atendimento, assim como, para repensar as práticas profissionais e analisar possíveis intervenções na organização dos serviços de saúde a partir do olhar e necessidades de saúde do usuário.

Diante disso, considerando os princípios da PNH e as práticas do dia a dia, buscou-se responder a seguinte pergunta de investigação: O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Política Nacional de Humanização em uma instituição hospitalar do Extremo Sul Catarinense.

## 2 HIPÓTESES

Como hipóteses elencou-se:

H1- Acredita-se que os profissionais de enfermagem possam estar desatualizados, devido ao tempo de formação;

H2- Acredita-se que os profissionais da saúde possam estar praticando a política nacional de humanização no dia a dia de forma intrínseca;

H3- Acredita-se que a formação do profissional, possa afetar a prática da PNH dentro da instituição;

H4: Acredita-se que há pouco estímulo sobre o tema dentro da própria instituição, fazendo com que muitos não a utilizem em sua prática de trabalho.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Objetivo Geral deste estudo foi avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Política Nacional de Humanização em uma instituição hospitalar do Extremo Sul Catarinense.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil dos trabalhadores de enfermagem;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais sobre a Política Nacional de Humanização;
- Desenvolver educação em saúde para sensibilizar os enfermeiros, trazendo à memória os princípios da PNH.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na década de 1970, surgiu o Movimento Sanitário, com a defesa de que a Reforma do sistema de saúde deveria partir de uma mudança da abordagem primordialmente biológica dos problemas de saúde para uma histórica e estrutural que considerava a determinação dos aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição desigual das doenças. Nessa argumentação, o Estado teria um papel capital na promoção de saúde, regulação do sistema e na oferta de serviços e seria imperativa a democratização do acesso à saúde e a reestruturação do sistema de serviço (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde (PAIM, 2018).

O SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Apesar de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS (PAIM, 2018).

A maioria dos hospitais no país faz parte da rede privada, porém sua utilização se dá majoritariamente através do SUS ou compartilhada entre os sistemas público e privado. A participação dos hospitais privados exclusivamente SUS diminuiu entre 2006 e 2017, embora se mantenha próxima a 50%. No período, também diminuiu a participação dos estabelecimentos com atendimento exclusivo privado. Cresceu a participação dos estabelecimentos com atendimento misto, reforçando o caráter articulado entre os setores público e privado dominante. As unidades de “pronto-socorro” são predominantemente públicas, porém o atendimento nos

estabelecimentos privados também é direcionado ao SUS. O padrão e a dinâmica no período são similares às dos SADT, com predomínio ainda mais expressivo do atendimento misto. Portanto, é possível observar a interdependência entre os setores público e privado na atenção à saúde (VIACAVA et al., 2018).

#### 4.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO-PNH

A Política Nacional de Humanização coloca-se como uma “política” que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2004). Por princípio, entendemos o que impulsiona ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas. No caso da PNH, o movimento a que se propõe é o da mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar) (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. As diretrizes da PNH são suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Em alguma medida, a contribuição da PNH assume, em nosso entendimento, um caráter singular, haja vista que sua finalidade tem sido alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo da Saúde. Com esse objetivo, uma das direções de abordagem da PNH materializada nos/e com os serviços é a criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Parte-se do entendimento do trabalho como atividade situada, como espaço coletivo de produção de saberes, de negociação e gestão (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Formas de trabalhar que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam.

Partindo do que a PNH adota como princípio, ou seja, a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2006), a proposta seria contribuir com o modo de discutir e construir, no coletivo, estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, entendidos como indissociáveis dos modos como esses são geridos. Nesse sentido, também, o objetivo da PNH não se confundiria com um objetivo de assegurar o acesso e a qualidade da atenção a partir de concepções e determinações externas aos serviços. Pelo contrário, teria como objetivo ajudar os coletivos organizados na produção e na articulação de arranjos, pactos e ações concretas, capazes de viabilizar mudanças na gestão, indispensáveis para que haja também mudanças nos modos de atenção (CAMPOS, 2003).

A função de apoio institucional é, então, atravessada por uma provocação do exercício coletivo de regulação, nos moldes em que compreendemos essa lógica, que permite ajustar o previsto (normas, regras, metas etc.) às necessidades e jeitos dos sujeitos, com interesses, demandas, a partir de uma potência de invenção própria do viver (SANTOS FILHO, 2008).

Entendemos que as práticas nomeadas humanizadas em saúde, perdem sua força disruptiva, ou seja, perdem a força de produzir mudanças significativas nos serviços de Saúde na direção dos princípios do SUS, ao serem reduzidas a ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho. A PNH, por meio dos seus dispositivos, parece-nos uma estratégia que se tem constituído como um forte aliado, quando temos como princípio a ampliação e afirmação do SUS que dá certo (SANTOS FILHO, 2008).

Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Criticar, desconstruir, sim; mas, que sejam explicitadas as sínteses. Sempre há alguma síntese nova, senão seria a repetição do mesmo (CAMPOS, 2003, p.11).

#### **4.2.1 Acolhimento**

A essência do trabalho do enfermeiro é o cuidar, processo que envolve contato próximo com o usuário e suas necessidades de saúde, denotando assistir o ser humano em suas necessidades, envolvendo atos, comportamentos e atitudes, que dependem do contexto e das relações estabelecidas entre usuário e profissional.

Neste contexto, uma atitude do profissional enfermeiro pode significar muito para quem necessita de cuidados (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2015).

O acolhimento, portanto, é um dispositivo da PNH que busca fornecer espaços adequados para o encontro, escuta e recepção dos usuários pelos trabalhadores, cuidar da relação entre trabalhadores e entre os próprios usuários de forma a garantir o acesso universal ao Sistema Único de Saúde, a informação, a resolutividade, a construção de vínculo e a integralidade do cuidado (GUSMÃO et al., 2021).

Na medida em que esse profissional considera o usuário como ser humano, sujeito e ator social, é capaz de construir junto a ele um novo percurso para o processo saúde-doença, fazendo com que o cuidado de enfermagem seja reconhecido como prática social, atividade que visa atender às necessidades das pessoas. Acontece no bojo das relações interpessoais, inserindo-se no processo cultural e histórico da interação entre os seres humanos (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2015).

Experiências mostram que grande parte das queixas dos usuários são resolvidas ou minimizadas a partir da oferta profissional de escuta qualificada, acolhimento, demonstração de respeito e da compreensão de suas demandas (ANICETO et al., 2020).

Para a PNH, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2015).

O acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema (CARDOSO ET AL., 2009).

#### **4.2.2 Clínica ampliada**

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como

cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Neste contexto, a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação.

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais:

- Compreensão ampliada do processo saúde-doença;
- Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas;
- Ampliação do “objeto de trabalho”;
- A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho;
- Suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

#### **4.2.3 Cogestão**

O conceito de cogestão do âmbito da saúde é, portanto, uma resposta à clara implicação das teorias e práticas administrativas com processos de produção de alienação, de expropriação e restrição das esferas decisórias de governo, processos que resultam na indução ao agir burocrático e em condições que consolidam uma perspectiva funcional de dominação (GUIZARDI *et al.*, 2010).

Em confronto com essa tradição, a cogestão apresenta-se como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos. A partir da explicitação desses valores, o conceito afirma a dimensão coletiva da tarefa da gestão, que justamente por esta conformação não pode tornar-se atribuição de especialistas ou elites (GUIZARDI *et al.*, 2010).

Cogestão significa, então, compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços se convertem em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas (GUIZARDI *et al.*, 2010).

#### **4.2.4 Defesa dos direitos do usuário**

Conforme Koerich, Backes e Marchiori (2009), a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na gestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. A Carta é regida pelos seguintes princípios:

1° Princípio: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, isto é, acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde;

2° Princípio: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário;

3° Princípio: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência;

4° Princípio: todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

5° Princípio: todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;

6° Princípio: todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

#### **4.2.5 Fomento de grupalidades, coletivos e redes**

A PNH aposta na democratização das relações, pois entende ser necessária a construção coletiva de novos modos de produção subjetiva, de novos sujeitos que sejam mais capazes de se responsabilizar. Para isto a PNH não propõe receitas nem

prescrições, mas um método: colocar as pessoas em roda, ao lado, para construírem juntas (BRASIL, 2009).

É um coletivo ou multidisciplinaridade de termos, usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc. Compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (BRASIL, 2009).

#### **4.2.6 Valorização do trabalho e do trabalhador**

A Política Nacional de Humanização preconiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com fomento da autonomia e do protagonismo dos mesmos no âmbito setorial e social (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2011).

A Humanização deve ser vista não apenas como um programa, mas como uma política que atravessa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, para estabelecer modificações qualitativas nas relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2011).

Da mesma forma, a implementação de processos de gestão participativa com trabalhadores e usuários, assim como a educação permanente para as equipes de saúde de todo o sistema vêm somar na criação de um desenho favorável à Humanização (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2011).

#### **4.2.7 Construção da memória do “sus que dá certo”**

O SUS que dá certo nos informa sobre as possibilidades de avançar na reforma sanitária e é dessa experimentação que se pode extrair métodos, diretrizes e dispositivos para se construir o arsenal teórico-metodológico necessário ao enfrentamento dos problemas que ainda se fazem presentes na organização e funcionamento do sistema e serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Dessa forma, a PNH reconhece que há um SUS que dá certo, mas que existem desafios e problemas e que é necessário superá-los. O SUS que dá certo nem sempre toma visibilidade sendo, portanto, tarefa política de seus agentes anunciá-lo. Anunciá-lo não como só como recurso de marketing (PASCHE; PASSOS, 2008).

#### 4.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerado componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente (SILVA et al., 2016).

O cuidar/ cuidado é o núcleo da prática cotidiana de enfermagem, a qual permite a manifestação de vários meios e características e o surgimento de seus métodos e instrumentos de trabalho. Para realizar as atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática. O método é a organização, a sistemática racional de ações para alcançar os objetivos da assistência (REPPETTO *et al.*, 2005).

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (SILVA et al., 2016).

#### 4.4 A HUMANIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

A humanização da atenção à saúde ganhou novo enfoque, especificamente em três dimensões: o pacto pela vida, que considerou o compromisso sanitário, a priorização de necessidades de saúde da população principalmente dos grupos vulneráveis; o pacto em defesa do SUS, como um movimento de repolitização e mobilização da sociedade para a consolidação da política pública, que culminou na edição da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; o pacto de gestão, que busca a responsabilização solidária nas questões do planejamento, da programação pactuada e integrada, da regulamentação, participação e controle social, além da gestão do trabalho e educação na saúde (KOERICH; BACKES; MARCHIORI, 2009).

PNH é um pacto, uma construção coletiva, que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede, com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e

interativas, participativas e protagonistas do Sistema Único de Saúde (DUARTE; NORO, 2010).

Certamente, um profissional deve ser munido de condições para exercer uma boa técnica, porém ela não é tudo. Quando esses profissionais se deparam com situações que envolvem caridade, solidariedade, fraternidade, ao efetivá-las na prática, estes serão lembrados ao longo da vida dos pacientes. A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem (DUARTE; NORO, 2010).

A essência do trabalho do enfermeiro é o cuidar, processo que envolve contato próximo com o usuário e suas necessidades de saúde, denotando assistir o ser humano em suas necessidades, envolvendo atos, comportamentos e atitudes, que dependem do contexto e das relações estabelecidas entre usuário e profissional. Ademais, é uma ação que compreende atitudes de atenção em relação ao corpo, atitude de olhar nos olhos do usuário, perceber sentimentos (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

A análise da resolutividade depende de quem avalia e do que é avaliado nos serviços de saúde. Envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência e contrarreferência articulado, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos. (ROSA *et al.*, 2011)

## 5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tratou-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, de campo, desenvolvido com um grupo de enfermeiros atuantes em um hospital de médio porte no Extremo Sul Catarinense.

### 5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem da pesquisa foi qualitativa. O trabalho qualitativo tem como característica o fato de ser uma pesquisa que absorve dados de cunho subjetivo e opinativo de enfermeiros do hospital. Os dados coletados foram obtidos a partir de respostas a perguntas selecionadas pelas pesquisadoras. Utilizou-se a letra “E” seguido do numeral do questionário do entrevistado para identificação dos mesmos na pesquisa.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões, as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (MINAYO, 2008).

Este tipo de método tem um fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referente a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo de estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com uma realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos

processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa descritiva visa descrever algo. Para isso, é feita uma análise minuciosa e descritiva do objeto de estudo. Essa pesquisa não pode ter interferência do pesquisador. Tem como objetivo, descrever características e funções. Apesar de também investirem na coleta e no levantamento de dados qualitativos, utiliza-se principalmente dados quantitativos. Uma vez estabelecida a base, o campo recém-explorado precisa de mais informações. É nesse ponto que a pesquisa descritiva se destaca, pois ela representa as tentativas de explorar e explicar sobre determinado tema, fornecendo informações adicionais sobre ele (DIANA, 2017).

Segundo José Filho (2006), “o ato de pesquisar traz em si a necessidade do diálogo com a realidade a qual se pretende investigar e com o diferente, um diálogo dotado de crítica, canalizador de momentos criativos”. A tentativa de conhecer qualquer fenômeno constituinte dessa realidade busca uma aproximação, visto sua complexidade e dinamicidade dialética.

Porém, não existe pesquisa sem o apoio de técnicas e de instrumentos metodológicos adequados, que permitam a aproximação ao objeto de estudo.

A realidade é interpretada a partir de um embasamento teórico, sem a pretensão de desvendar integralmente o real e possui um caminho metodológico a percorrer com instrumentos cientificamente apropriados (JOSÉ FILHO, 2006, p.65). Com base em tais objetivos, optou-se por uma pesquisa qualitativa que possibilitasse a leitura da realidade.

## 5.3 LOCAL DO ESTUDO

Realizado em um hospital de médio porte no Extremo Sul do Estado de Santa Catarina.

## 5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram da pesquisa seis enfermeiros, de quatro setores e turnos distintos. Sendo eles, clínica médica, centro obstétrico, pronto socorro e UTI, a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

### 5.4.1 Critério de inclusão

- Enfermeiros que fazem parte do quadro de funcionários do hospital da pesquisa;
- Ter entre 18 e 60 anos;
- Possuir disponibilidade para realização do mesmo;
- Assinar o termo de consentimento por livre espontânea vontade;
- Ter a capacidade preservada para estar respondendo o questionário.

### 5.4.2 Critério de exclusão

- Enfermeiros em período de férias.
- Enfermeiros que se recusarem a participar.

## 5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os enfermeiros foram entrevistados em uma sala de estudos localizada dentro do hospital. Os mesmos participantes foram liberados dos setores onde atuam no momento da entrevista conforme acordado com gerente de enfermagem, com tempo de duração de 20 a 30 minutos por profissional.

### 5.5.1 Instrumentos da coleta de dados

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice A), que abrangeu perguntas relacionadas ao conhecimento sobre PNH, aplicabilidade na prática do dia a dia e treinamentos sobre novas diretrizes.

## 5.6 ANÁLISE DE RESULTADOS

A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. No entanto, a expressão significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais (MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo diz respeito às técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em comum, as definições ressaltam o processo de inferência (MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (MINAYO, 2008).

Minayo (2008), apresenta a pesquisa como passando por três fases: a) fase exploratória, na qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema de investigação; b) fase de coleta de dados, em que se recolhem informações que respondam ao problema; e c) fase de análise de dados, na qual se faz o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados. Na análise de conteúdo, propõe a categorização dos resultados, por aproximação de respostas e similaridade ou diferenças, que pode ser apresentada por palavras ou frases. Este estudo elencou previamente as categorias, sendo elas extraídas das perguntas da entrevista e seus resultados como pré-categorias.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96 e 466/12, do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa será utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa. O parecer de aprovação do Comitê de Ética para desenvolvimento da pesquisa foi nº 6.003.214.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CATEGORIA 1: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Foram entrevistados enfermeiros da atenção hospitalar para identificar sua trajetória profissional, sendo cinco do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 22 anos e 45 anos. O tempo de formação dos entrevistados foi de cinco meses a dezoito anos. No que diz respeito ao tempo de atuação dos enfermeiros em atenção básica, apenas 2 têm tempo significativo de atuação, os restantes dos entrevistados têm de três meses a três anos de atuação. Referente ao tempo que trabalha na instituição, metade dos entrevistados trabalham de 1 mês a 6 meses, e metade de 1 ano a 1 ano e 5 meses. Referente a qualificação em pós-graduação, metade dos enfermeiros possuem pós-graduação em UTI e Urgência e Emergência.

O sistema nightingaleano, instituiu a criação da identidade profissional da enfermagem, vinculando a mesma, características como femininas. Em um dos trechos do conceito de enfermagem, atribuído a Florence, destaca-se que o cuidado aos doentes é tarefa que sempre coube à mulher e sempre lhe deve caber (PEREIRA, 2008).

Segundo Colucci (2013), buscar por cursos e pós-graduação que ofereçam conhecimento sempre atualizado e que equilibrem a teoria da prática é algo fundamental para avançar na carreira.

Quadro 1 - Dados sociodemográficos

Enfermeiros Entrevistados	Idade	Tempo de formação	Estado civil	Tempo de atuação hospitalar	Quanto tempo trabalha na instituição	Especialização pós-graduação
E1	23	9 meses	casado(a)	6 meses	6 meses	não
E2	45	18 anos	casado(a)	14 anos	1 ano 5 meses	sim
E3	28	3 anos	solteiro(a)	3 anos	1 mês	sim
E4	41	18 anos	casado(a)	14 anos	1 ano	sim
E5	22	5 meses	solteiro(a)	3 meses	3 meses	não
E6	23	1 ano 6 meses	solteiro(a)	1 ano 2 meses	1 ano 2 meses	não

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2023).

## 6.2 CATEGORIA 2 - CONTATO PRÉVIO COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Quando questionadas a respeito de ter tido durante a graduação, disciplina com foco em humanização os entrevistados responderam:

*E1: Processo de Cuidar em Enfermagem (...) Seminário Integrativo e eu percebi que tivemos bastante humanização quando a gente pegou as urgências e emergências (APH).*

*E2: Faz tanto tempo.*

*E3: Sempre tem, pois é algo fundamental dentro da Enfermagem. O nome da cadeira, em específico, faz tempo. Educação em Saúde permanente e assim vai. Todas as disciplinas vão abordar a questão da humanização.*

*E4, E5 e E6: Não lembram.*

Segundo Fortes *et al.* (2000), a Política Nacional de Humanização mostrou como uma necessidade e também enquadrar conteúdo deste assunto na formação dos profissionais, pois o conhecimento e as ações sobre tais discussões ainda são insuficientes.

Rosevics *et.al.*, (2014), menciona que as instituições de ensino necessitam adotar como pauta das grades curriculares um entendimento mais afundo, além de

técnicas, teorias, questões políticas, humanas e socioculturais, entre vários outros, para suprir algumas das necessidades dos profissionais para o SUS.

Consideramos que há uma certa dificuldade por parte dos profissionais na lembrança das disciplinas que tiveram foco em humanização. Os entrevistados não souberam responder com exatidão quais foram as disciplinas ou não lembram se estudaram durante a graduação. Algumas instituições trazem a PNH como foco de uma disciplina e a mesma é abordada direcionada a atuação profissional em demais locais posteriormente na graduação, sabendo que a mesma é transversal, essa abordagem nas demais disciplinas é fundamental também para consolidação do conhecimento. Com o passar do tempo, alguns profissionais não recordam mais com precisão o que foi abordado em cada disciplina, o que fica é a experiência basilar. Vale ressaltar a importância de repensar a forma com que os assuntos são abordados e como a consolidação do conhecimento é tida como prioridade nas instituições de ensino.

Quando questionados sobre o entendimento pessoal sobre o que é Humanização/ atendimento humanizado, os entrevistados responderam:

*E1: Se colocar no lugar do paciente, tratar ele como você gostaria de ser tratado (...) Tem que "se tocar" que ele é o amor de alguém, tratar ele como você gostaria de ser tratado, como gostaria que alguém você ama (pai, mãe) fosse tratado.*

*E2, E3 e E6: É você olhar o paciente como um todo (...).*

*E4: É você tratar o paciente como você gostaria de ser tratado.*

*E5: Para mim, é enxergar a pessoa para além do que os olhos veem, sabe? O paciente não é só essa pessoa que está ali na cama, na UTI, tratando uma doença tal, tem que entender o contexto familiar, de onde essa pessoa vem. Tem que pensar em um todo para entregar um atendimento de qualidade, né? Para essa pessoa.*

Na área da saúde é indiscutível um cuidado com o olhar humanitário, visando dar o devido valor ao indivíduo, por meio do cuidado, respeito mútuo e da criação de vínculos tornando-se imprescindível dos atendimentos para com o público FERREIRA, M. C. (2012).

O conceito de Fortes *et al.* (2000), diz que humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos, é observar cada pessoa em sua individualidade, em

suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Ao prestar atendimento humanizado, é essencial ter em mente que o respeito e a valorização do paciente são características fundamentais, devendo-se agir de forma ética e utilizar métodos adequados para a atenção à saúde. Consideramos que os entrevistados entendem o que é humanização/ atendimento humanizado, conforme as respostas obtidas de todos os participantes, mesmo que não recordem o estudo da PNH durante a graduação, os mesmos afirmam conhecer o que é um atendimento humanizado ou humanização e praticam em seu dia a dia buscando ser o mais empático, acolhendo sempre o outro.

Quando questionados sobre se existem programas de atenção permanentes para profissionais de saúde na instituição em que atua, os entrevistados responderam:

*E1: Para atendimento humanizado tem alguns cursos, a coordenação fica “em cima” nas questões de tratar bem, pegar junto e ter o respeito com eles. Mas fixo em si, não.*

*E2: Sim, fazem.*

*E3: Como sou muito nova aqui não vou saber te dizer, mas pelo que entendi, tem sim.*

*E4: Diversos.*

*E5: Tem as comissões ali, que também, inclusive tem uma para a humanização. Tem bastante participação deles, acabamos fazendo visita ampliada com os pacientes (...)*

*E6: Que eu atuo não, mas eles têm aqui o negócio de humanização (...).*

Conforme dito por Calheiros et al., (2022), a atenção permanente possui um objetivo de aperfeiçoar e otimizar o trabalho de níveis do sistema e do acesso, bem como na qualidade e na humanização dos serviços prestados, para que assim seja fortalecido os processos de gestões políticos institucionais do SUS em âmbitos federais, estaduais e municipais do local.

Calheiros et al., (2022), também cita que, nessa mesma perspectiva, a educação permanente em saúde representou uma evolução significativa, profissional, pois introduziu a aprendizagem à situação real e cotidiana do trabalhador do serviço de saúde, fazendo assim, com que sua postura de ouvinte a participante ativo.

Sabe-se que a educação permanente é de extrema importância, e deve ser trabalhada de modo permanente e dinâmico, na busca da construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação, colocando assim o cotidiano do próprio trabalho em frequente análise. Há falta de conhecimento dos entrevistados em relação ao funcionamento de programas de atenção permanente dentro da instituição onde a pesquisa foi realizada. Tendo em vista que, a educação permanente é uma prática de ensino-aprendizagem que valoriza e enfoca as situações e os processos do ambiente e contexto de trabalho. Para a aprendizagem dentro do contexto de educação permanente, são realizadas problematizações de processos de trabalho. A partir delas, é possível constituir novos saberes entre os profissionais dentro das instituições. Houve divergência entre os entrevistados, os mesmos sabem da existência de algumas comissões, inclusive de humanização, porém não souberam explicar sobre o funcionamento, ou não estão na instituição a tempo suficiente para se inteirar do assunto.

Quando questionados sobre se presente instituição já foram abordados temas sobre Políticas Nacionais de Humanização, os entrevistados responderam:

*E1: Em questão de sentar e pegar fundo, não. Só por cima.*

*E2, E5 e E6: Sim, fazem.*

*E3: Como sou muito nova aqui não vou saber te dizer, mas pelo que entendi, tem sim.*

*E4: Diversos.*

Humanizar na saúde consiste em reconhecer as práticas do convívio do profissional e do cliente, através de respeito e confiança, possibilitando um acolhimento mais digno e justo ao paciente. Dessa forma, para que a assistência seja realizada de forma humanizada tornando necessário o interesse e entendimento entre todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidar (FÁTIMA FILHA, 2017).

O conceito de (FORTES *et al.*, 2000), diz que humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos, é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Os entrevistados foram afirmativos em suas respostas, porém, não souberam aprofundar mais sobre o real intuito da PNH, que busca promover a comunicação entre estes gestores colaboradores e usuários, e que pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Entende-se que todos entrevistados já tiveram conhecimento sobre humanização no atendimento com o paciente, mas não na PNH, sabendo-se que não engloba apenas o modo de cuidar, mas também de gerir. A presente instituição realiza algumas ações sobre humanização, porém, conforme os entrevistados colocaram, não trazem a PNH como foco do estudo. Revisitar alguns conteúdos estudados na graduação é de suma importância, pois podemos partilhar experiências vividas no dia a dia profissional e compartilhar tais experiências com os colegas. O embasamento na prática profissional é imprescindível para a melhoria no atendimento e assistência do paciente.

Quando questionados sobre que você, como enfermeiro, entende por SUS, os entrevistados responderam:

*E1:O SUS é uma dádiva que a gente tem hoje (...)*

*E2:O Sistema Único de Saúde, o SUS é um órgão que... Você tem que abranger o paciente como um todo e além de abranger, você dá todo o atendimento para ele. Aqui é a porta de entrada, onde tem todos os direitos e deveres para que o paciente se sinta bem, A gente vê que o SUS, assim é uma coisa que poderia funcionar melhor, mas não funciona porque a própria política do SUS é uma política muito descentralizada (...)*

*E3:O SUS tem uma capacidade bem ampla de atendimento que muitas vezes pelo privado não teria para a população (...)*

*E4:Tem bastante coisas, tipo, aqui a gente vê que tem bastante recurso (...)*

*E5: (...) eu vejo o SUS como esse sistema de grande cobertura, que regula tudo, de gestão, de assistência, tudo assim, tudo que a gente faz (...)*

*E6:O SUS, é nosso único programa de saúde, então é onde a gente tem a nossa base (...) é um programa que tem muito a melhorar, mas eu acho que sem ele a gente teria nossa saúde muito mais precária.*

Conforme Souza et al., (2020), destaca que sua introdução requer uma sociedade em que todos os cidadãos tenham assegurado um padrão de vida digno.

Na realidade, o SUS é uma estratégia das mais importantes para a construção de um país socialmente justo. Nesse sentido, o SUS é necessário, para que tenhamos uma sociedade fundamentada.

O SUS constitui uma conquista da sociedade brasileira pois proporciona a justiça social com o atendimento para todo e qualquer indivíduo, que esteja em território brasileiro. É o maior sistema de saúde do mundo, e atende mais de 190 milhões de pessoas ao ano. São ofertados pelo SUS serviços de baixa, média e alta complexidade.

Os entrevistados compartilharam suas percepções sobre o SUS, todos reconhecem a importância do SUS e concordam com sua relevância, complementam lembrando que ainda há muito para ser melhorado, porém, por estarem no meio de suas demandas, as falas não foram completas em salientar que o SUS é uma rede ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

### 6.3 CATEGORIA 3 – CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Quando questionados sobre que você entende por Política Nacional de Humanização, os entrevistados responderam:

*E1: (...) Humanização é aquilo que todo ser humano deveria ser, ser humano. Não tratar as pessoas diferente (...)*

*E2: Olha, entendo pouca coisa, não muita. Mas... vamos ser realistas, é pouca coisa (...) ela funciona para alguns, para outros não.*

*E3 e E4: Não lembro. Dessa parte em específico não recordo.*

*E5: Eu lembro de algumas das portarias, principalmente da questão da equipe multidisciplinar sempre ter que estar presente ali na assistência do paciente...A questão dos princípios, né? De integralidade, de enxergar o paciente para além da doença, toda essa questão.*

*E6: Não lembro assim.... Necessariamente o que era, assim. Mas o que mais lembro da humanização é a*

*questão do parto, até o meu (...) a questão do enfermeiro no parto humanizado, então o meu lembrar na graduação dessas políticas é mais associado ao parto.*

Como dito por Doricci (2020), a Política Nacional de Humanização (PNH), é uma das principais políticas de saúde do Brasil, e tem por objetivo consolidar o sistema da Reforma Sanitária organizado por princípios e diretrizes.

Segundo Castro et al., (2019), o programa nacional de humanização da assistência hospitalar, foi criado sobre a humanização da assistência hospitalar pública prestada aos pacientes, assim como sobre o aprimoramento das relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais, e entre o hospital e a comunidade, almejando o aprimoramento e a qualidade e eficácia dos serviços prestados.

No campo da atenção à saúde o termo “humanização” tem sido empregado apenas como uma forma de atender o paciente de forma humana, olhando para ele como um todo. Mas quando falamos em Política Nacional de Humanização vai muito além do atendimento, engloba todos os profissionais, gestores e principalmente o usuário como produtores de saúde e comprometidos em melhorar o atendimento prestado. Nenhum dos entrevistados soube responder com precisão o assunto abordado, tendo em vista que todos eles destoam do assunto principal tendo em vista que é de suma importância que os trabalhadores saibam deste assunto, pois a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para que seja construído assim processos coletivos de como lidar com relações de poder, trabalho e afeto que inúmeras vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia dos profissionais de saúde em seu meio de trabalho.

Quando questionados sobre o entendimento sobre clínica ampliada, os entrevistados responderam:

*E1, E2 e E4: Não lembram*

*E3: Sim, até hoje de manhã tivemos reunião. Ninguém trabalha sozinho, então você precisa, na verdade, ouvir tanto os enfermeiros quanto os técnicos, então a gente vai fazendo nessa escala, né? Para chegar ao meio termo, então tem reuniões, periodicamente, para poder traçar e definir os caminhos.*

*E5: Tem, tem visita ampliada aqui, é um protocolo que... acho que faz 1 mês e meio que foi feito mesmo, descrito. Daí já está sendo aplicado [...] Aqui na UTI, a gente*

*sempre tem costume de fazer, todos os dias, aquela reunião com a equipe multiprofissional para discutir o caso de cada paciente, quando está corrido a gente acaba não fazendo.*

*E6: Eu lembro da parte da UNESC, ali. A clínica que tem ali, né? As clínicas integradas.*

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Compreende a articulação e o diálogo de diferentes áreas para compreensão dos processos de saúde na necessidade de inserção dos usuários como cidadãos participantes de como proceder em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico. Seguindo assim, a proposta de Clínica Ampliada busca se constituir em um instrumento de articulação e inclusão dos diferentes panoramas (BRASIL, 2009).

A Clínica ampliada requer que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Integrando diferentes profissionais da saúde para oferecer o melhor tratamento possível, criando um vínculo com seus pacientes. Além disso, a escuta e consideração pelos relatos do paciente ajudam a entender melhor o que cada indivíduo precisa individualmente. Portanto, como podemos observar somente dois participantes da pesquisa conseguiram responder adequadamente, porém de forma vaga quanto ao assunto pessoal, porém trazem à tona que o trabalho em equipe se faz necessário pois visa melhorar os desfechos no cuidado ao paciente. E a necessidade de trabalhar em equipe vem sendo cada vez mais frequente no cuidado à saúde.

Quando questionados sobre o entendimento sobre Cogestão, os entrevistados responderam:

*E1, E2 e E6: Não lembram.*

*E5: Sim, nossa gerente de enfermagem é bem presente nas reuniões, na parte administrativa, na parte técnica do hospital, (...) A coordenação está aqui todo dia, ela vai nos setores, olha, conversa com a gente e isso é passado para frente.*

*E3, E4: Não sabem responder.*

Segundo Campos (2003), o modelo de gestão adotado pela PNH está centrado no trabalho em equipe, *a gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialista. Todos fazem gestão*. O prefixo “co”, do termo “Cogestão”,

indica duas inclusões: 1) da participação dos sujeitos nos processos de gestão; 2) ampliação das funções da gestão, que mais do que manter a organização funcionando, tem como objetivo analisar a instituição para problematizar modelos de operar/agir e promover mudanças; formular projetos; compartilhar tomada de decisões; e promover um espaço pedagógico de ensino e aprendizagem mútuos.

A gestão participativa é muito importante para se obter mudanças nos modos de gerir bem como, nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais efetivo, eficaz e também motivador para as equipes de trabalho. Entende-se que a cogestão é um modo de administrar que introduz o pensar e o fazer coletivo, sendo assim, uma diretriz que visa democratizar as relações no âmbito da saúde, tentando-a tornar mais ética.

Acredita-se que não existe uma fórmula que ensine como se deve gerir, e sim, uma continuidade na gestão participativa e que pode melhorar cada dia mais. Porém, a grande maioria dos entrevistados não soube responder sobre o entendimento de cogestão, tendo apenas uma colaboração assertiva, conclui-se assim que há uma grande fragilidade a respeito do assunto abordado. Pois uma para fazer a cogestão funcionar de fato deve-se criar um espaço para discussão e tomada de decisões no seu campo de ação de acordo com as diretrizes e contratos definidos entre os sujeitos envolvidos do cuidado em saúde.

Quando questionados sobre a realização da defesa dos direitos dos usuários na instituição, os entrevistados responderam:

*E1, E2 e E5: Sim, eles dão bastante voz aos usuários que utilizam a instituição.*

*E3, E4 e E6: Sim, tem a ouvidoria.*

A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público (BRASIL, 2006). Conforme princípios já citados na revisão de literatura.

Os direitos dos usuários vão muito além de um atendimento humanizado e sem discriminação. Sabe-se que todo ser humano tem direito a ter acesso ao seu prontuário, caso queira, tem direito a ser atendido com ordem e organização, ou seja,

quem estiver em estado grave ou de maior sofrimento deve ser atendido primeiro, todo cidadão tem direito à receber informações claras sobre seu estado de saúde e não apenas direito a ter uma ouvidoria onde possa fazer sugestões, reclamações e agradecimentos.

Os participantes têm entendimento distorcido sobre o que são os direitos dos usuários, tendo em vista que foi citado ouvidoria como uma defesa do usuário. Como já citado nas referências acima, a defesa dos direitos dos usuários vai muito além da ouvidoria prestada pela instituição, o que não é de entendimento dos profissionais entrevistados.

Quando questionados sobre como se dá a valorização do trabalho e do trabalhador na instituição, os entrevistados responderam:

*E1: Às vezes é meio tenso, sabe? Porque, como falei, há vários tipos de profissionais aqui dentro*

*E2: Eu sou bem realista, assim às vezes não é olhado como um todo, é olhado só o que é de interesse da instituição. O profissional em si precisa ser olhado como um todo e ser valorizado, não é simplesmente um profissional jogado nesse setor, para outro, outro (...)*

*E3: Não irei te responder.*

*E4: Nem sempre.*

*E5: Eles valorizam. Assim, eu vejo que eles sempre trazem lembranças pra gente, às vezes um café diferenciado ou as festas que eles oferecem. Só que, aquela coisa, né? Às vezes falta a questão de dimensionamento da equipe de enfermagem, isso é um problema, problema que eu vejo no meu setor, fora, principalmente no pronto socorro, não tem equipe suficiente, é o enfermeiro no fim de semana em três setores, tá? (...)*

*E6: Acho que tem muito a melhorar, assim...*

O trabalho não se caracteriza somente como um meio de sobrevivência material, ele é também uma forma de socialização, de construção da identidade e de status social (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2019).

Desse modo, dependendo da forma como se configura a organização do trabalho, esta pode resgatar ou promover a saúde, ou ser potencializadora do adoecimento do trabalhador (PIRES, 2013).

Os profissionais de saúde encontram muitas dificuldades em seu ambiente de trabalho, cujas causas são múltiplas, tais como: falta de recursos humanos e materiais o que torna suas condições de vida no trabalho desagradáveis e penosas, diminuindo o desempenho de suas atividades. O impacto negativo sobre os usuários dos serviços de saúde é grande e nítido (FERREIRA, 2012).

A síndrome de queimar-se pelo trabalho ou burnout é uma resposta ao estresse laboral crônico, muito frequente nestes profissionais e uma das principais patologias de origem psicossocial que os afetam, pois ocasiona uma importante taxa de absenteísmo e de abandono da profissão. O burnout é também uma das principais causas da deterioração na qualidade dos cuidados que estes grupos oferecem. (GIL-MONTE, 2004)

O reconhecimento profissional é a demonstração por parte da empresa de que se importa verdadeiramente com o colaborador. Ou seja, é uma prática que deve fazer parte da cultura da empresa para que o colaborador saiba que o seu serviço é importante, bem como para a manutenção do bom funcionamento das atividades da organização. Houve um receio por parte dos entrevistados quanto a resposta desta questão, alguns colocaram que existem a valorização do trabalhador por receberem lembranças e festas, e a grande maioria colocou que não é realizado ou precisa ser melhorado.

Quando questionados sobre o entendimento da memória do SUS que dá certo, os entrevistados responderam:

*E1, E5 e E6: Não lembram.*

*E2 e E4: Sim*

*E3: É que os termos são diferentes, né? Então, eu aprendi de um jeito, minha faculdade foi em outro local, outro estado.*

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS – Humaniza SUS Atenção Básica: espaço privilegiado na construção de um SUS humanizado Ministério da Saúde considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2000). O Humaniza SUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de

autonomia e corresponsabilidade. Aposta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede.

Entende-se por Memória do sus que dá certo, a criação de registros em arquivos e divulgação de práticas que tenham como proposta a produção de novas formas de fazer saúde e que sobretudo, presa pela defesa à vida e a ampliação da autonomia dos cidadãos com a intenção de valorizar o sistema de saúde junto à sociedade.

A Política Nacional de Humanização aposta no SUS que dá certo e, a partir da verificação, escuta, análise e síntese das experiências existentes em lugares distintos do país que demonstram avanços nos modos de gerir e de cuidar, produziu seus princípios, métodos, diretrizes e os instrumentos de ação e dispositivos. Portanto, nenhum dos participantes soube especificar o que é a “memória do SUS que dá certo”.

Quando questionados sobre como se dá a assistência de enfermagem na instituição, os entrevistados responderam:

*E1: O que eu puder fazer, faço. Aqui dentro a gente é “pau para toda obra”, aqui você não fica só no seu limite(...)*

*E2: (...) quando tem um paciente que não é muito grave, mas que está entrando no salão, a gente acolhe, olha, verifica os sinais e traz aqui para a sala de classificação para ser classificado, se realmente precisa de verde, amarelo, alguma coisa assim.*

*E3: Acho que no geral, em todos os serviços de saúde, nenhum profissional é igual ao outro, né? (...) Sempre vai ter tipos e tipos, mas a gente sempre tenta direcionar, orientar, mostrar como que é o certo, como se “deve”,*

*E4: A gente vai à beira leito ver as queixas do paciente, ver o que ele precisa, faz uma [inaudível] e tenta solucionar.*

*E5: Posso falar somente por mim, eu realizo humanização nos pacientes que eu atendo, já os meus colegas não posso falar.*

*E6: Todos os dias e todos os pacientes procuro atender da melhor forma o paciente. Não posso falar pelos outros profissionais.*

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações

precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (SILVA et al., 2022).

Consideramos que na prática assistencial, bem como muitas vezes no ensino em enfermagem, percebemos que o termo assistência de enfermagem é bastante utilizado de uma forma geral e, frequentemente, de forma equivocada como mostra as respostas dos entrevistados quanto a esta pergunta.

Nesse sentido, os serviços existentes na rede de atenção à saúde, salientam que os enfermeiros atuam com foco principal no cuidado à pacientes em hospitais, unidades de saúde, clínicas, atendimento, resgate de vítimas de acidente, gestão de equipes, prevenção de doenças.

Quando questionados sobre os seus relatos sobre a humanização como princípio de atendimento de enfermagem, os entrevistados responderam:

*E1: Vai de profissional para profissional. Vejo profissionais que têm os mesmos pensamentos que eu, que querem andar para frente. Mas tem profissionais que não vão para frente (...)*

*E2: Tem algumas dificuldades, tá? Não vou dizer que... Que é perfeito, porque ninguém é perfeito. Tem algumas dificuldades, mas a gente sempre procura conversar, dialogar, ver onde precisa mudar... melhorar, né? (...)*

*E3: Olha, eu faço, né? E assim, as meninas ali comigo sempre vejo fazer, as fisios também... O serviço social sempre ali, a psicóloga também. Então elas dão um aporte bem bom assim... A equipe multi funciona legal, sabe?!*

*E4: Sim, acontece (a humanização). Tem profissionais que são muito bons. Varia muito de profissional, mas a maioria são...*

*E5: No meu setor eu vejo que sim, a minha equipe é bem preocupada, a gente sempre conversa com os pacientes, qualquer coisa que acontece a equipe tenta repassar,*

*E6: (...) eu tento ser o mais humana possível, tento me colocar mais no lugar do outro possível, (...) Então assim, da minha parte, eu tento ser o mais humana possível, mas os colegas eu vejo que falta muito.*

Segundo Corbani et al., (2009), o princípio da humanização deve estar intrinsecamente ligado às práticas de cuidado. Portanto, a assistência de enfermagem deve ser prestada considerando o cliente como um todo, numa relação de respeito e reciprocidade. Dessa forma, devem ser consideradas as condições psicológicas,

sociais e físicas do paciente, e não apenas o processo de adoecimento em si, como era feito no modelo do biólogo, que enfatiza a doença em detrimento da promoção do ser humano como um todo.

A prática de cuidar, seja direta ou indireta, implica intervir no corpo do outro, e este pode demonstrar por meio da linguagem verbal ou não verbal como se sente sobre essa prática durante o processo de cuidar. A enfermagem, como arte de cuidar, deve promover a interação entre o enfermeiro e o cliente que participa do processo de cuidar. Nesse sentido, a comunicação clara e eficiente entre esses atores é essencial para a prestação de um cuidado efetivo (FERREIRA, 2006).

A humanização como princípio de atendimento busca criar espaços físicos, éticos e psicológicos para que sejam acolhedores e saudáveis, facilitando assim a troca do mesmo entre os envolvidos. Tendo como princípio a resolutividade do problema dos pacientes, entendendo suas necessidades e demandas, tratando todos com singularidade, demonstrando empatia.

Tendo em vista que todos os participantes compreendem sobre o que é fazer um atendimento com princípio de humanização, podemos perceber com as falas que nesse quesito a prática acontece, mesmo que a prática muitas vezes aconteça de forma intrínseca.

Quando questionados sobre como faz o acolhimento do paciente, os entrevistados responderam:

*E1: Tentar tratar ele o melhor possível, por mais difícil que seja, (...) ouvir o paciente, coisa que eu não levava a sério na faculdade, mas o ouvir ajuda muito o paciente.*

*E2: Eu sempre o atendo bem, eu olho ele como um todo, converso com ele. Acho que desde a porta da recepção até o atendimento que a gente dá tem que ser bem acolhido, bem orientado.*

*E3: Chegar e olhar ele como um todo. Ver quais são as necessidades, o que está sentindo, porque que veio, ver a questão da família, ouvir ele, né?*

*E5: Aqui na UTI é um pouquinho mais complicado, porque muitas vezes a gente recebe um paciente que não compactuar com a gente, por questão de intubação ou então porque está desorientado, confuso, agitado... então, muitas vezes, para mim, eu vejo como um processo difícil, sabe?*

*E6: Aqui na UTI é mais difícil, né? Desse acolhimento, porque eles chegam em situações mais vulneráveis, assim, né?*

Conforme Oliveira et al., (2022), dentre as estratégias de humanização hospitalar, o acolhimento e o ambiente, ocupam são fundamentais. O acolhimento está ligado às relações e às interações de confiança entre os usuários, profissionais e equipes, bem como às melhorias das condições de trabalho do cuidador.

Visto que, em que as práticas profissionais são motivadas pela gestão horizontalizada e a escuta qualificada, estas serão geradoras de acolhimento e de cuidado singular e multidimensional (OLIVEIRA et al., 2022).

O acolhimento deve começar com a conscientização das equipes de saúde, ter uma escuta qualificada sabendo identificar as queixas dos usuários, sabendo reconhecer o seu papel como enfermeiro, protagonista no processo saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução dos problemas. Percebeu-se, na fala dos entrevistados, que o acolhimento se constitui no paciente como um todo, para a humanização do ambiente hospitalar, na medida em que este, possibilita criar um vínculo com o paciente fazendo-o sentir-se acolhido. Em um modo geral a resolubilidade do acolhimento faz-se por a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, este serviço seja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

#### 6.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) configura-se como Política Pública de Saúde no Brasil que, a partir de 2004, legitimou a educação na saúde com base na aprendizagem significativa, em vivências no cotidiano de trabalho e na solução de problemas de forma coletiva. A EPS está alicerçada no Quadrilátero Ensino-Gestão-Atenção-Controle Social e é uma estratégia de intervenção pertinente à formação e desenvolvimento de trabalhadores nas diversas áreas do campo da saúde, potencializando a transformação de práticas (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Brasil, 2018; Silva e Scherer, 2020).

Segundo Esposti CDD (2020), a EPS é uma estratégia político-pedagógica que tem por objetivo qualificar os processos de trabalho em vários níveis do sistema impactando positivamente o acesso à assistência, bem como sua qualidade e sua humanização.

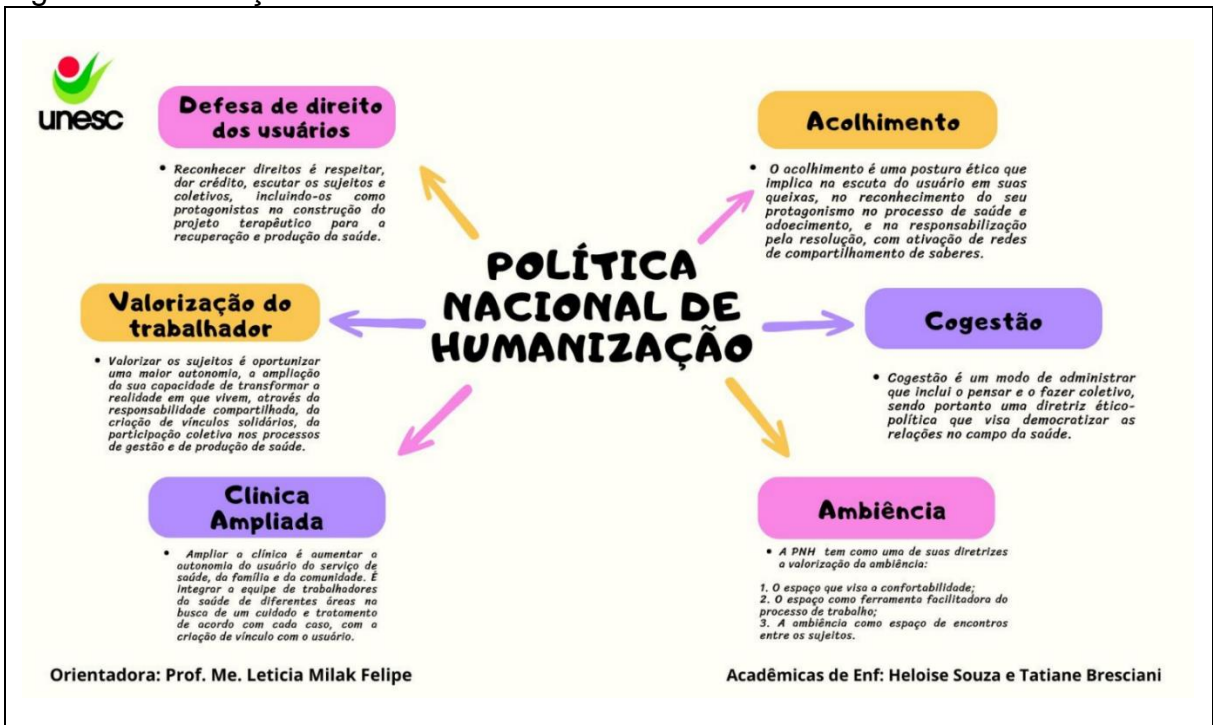
Experiências de EPS evidenciam que discutir e problematizar modos como os profissionais estão cuidando viabiliza a aprendizagem sobre e por meio do trabalho, da reflexão coletiva sobre a prática, sobre o cuidado em saúde, além da valorização das tecnologias leves e da escuta como um cuidado possível a todos os profissionais. A realização da EPS oportuniza a ressignificação da prática profissional e amplia a percepção da equipe acerca da necessidade de compartilhamento do cuidado (BRASIL, 2017).

A primeira etapa foi a análise de conteúdo temático do texto transcrito de cada um dos entrevistados, acompanhado das gravações, foi realizada por dois dos autores com apoio dos demais autores deste estudo.

Já na segunda etapa foi realizado pelas autoras deste estudo, via Canva um flyer com as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Na terceira e última etapa do processo, foi reunido as equipes de enfermagem, separadas por setores, foi abordado sobre a Política Nacional de Humanização e entregue o flyer para cada colaborador do setor.

Figura 1 - Educação e Saúde



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2023).

## 7 CONCLUSÕES

Os objetivos propostos pelo trabalho foram alcançados, bem como pode-se ter a conclusão das hipóteses relatadas. O estudo possibilitou a compreensão e o entendimento quanto a percepção dos enfermeiros atuantes da atenção hospitalar com variantes como diferença de idade e tempo de formação, bem como, especializações e setores de atuação. É de entendimento de todo profissional de saúde, que a Política Nacional de Humanização surgiu para fortalecimento do SUS, ajudando no aperfeiçoamento da qualidade da atenção e da gestão.

Porém, a efetividade da Política Nacional de Humanização depende de profissionais na busca para que isso aconteça e unidades que proporcionem sua implantação. No entanto, este estudo mostrou que os profissionais de saúde não possuem conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização, sendo que aplicam alguns princípios, mesmo que de forma intrínseca. Além disso, os que têm conhecimento afirmam não lembrar ao certo de quando estudaram e não souberam responder.

O tema da humanização aplicado no atendimento hospitalar deve ser amplamente abordado nas educações permanentes dos profissionais de enfermagem, para possibilitar atuação estratégica do enfermeiro nas equipes profissionais e junto aos usuários dos serviços de saúde. Com isso conclui-se que as atualizações científicas em enfermagem, em conjunto com a busca das inovações da especialidade, aumentam a segurança do paciente no cuidado à sua saúde bem como na humanização, ao garantir que a prática seja consistente com os padrões.

As diretrizes são fundamentais por estabelecerem padrões mínimos para qualificar o atendimento de um modelo assistencial que atenda às necessidades da população, porém, muitos profissionais não têm entendimento quanto às diretrizes nas quais atuam. Pode-se afirmar, portanto, que em relação às práticas relacionadas ao SUS, precisa ser melhorado principalmente no entendimento, uma vez que humanizar é, sobretudo, criar condições para que a saúde se dê de maneira eficiente e eficaz.

A maior fragilidade encontrada durante a pesquisa foi a falta de conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a Política Nacional de Humanização. Faz-se extremamente necessário, que os profissionais de enfermagem acatem a construção de novos espaços, posturas e maneiras de atuação objetivando novos modos de

cuidar. Aos gestores, que procurem a viabilidade do processo e não apenas a produtividade, antes a urgência de quem cuida e o atendimento de qualidade ao usuário do serviço de saúde, assim como a resolutividade de seus problemas.

O presente estudo reforçou o que as literaturas trazem, sobre a importância das educações permanentes nos serviços de saúde, aliado a importância de pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano da atenção e gestão, qualificando a saúde pública e incentivando trocas fiéis entre gestores, trabalhadores e usuários.

## REFERÊNCIAS

- ANICETO, B. et al. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/kjM8VZk3WVTBNstQbQcZ8fq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- AQUINO, D. R.; LUNARDI FILHO, W. D. Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 60-70, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1706>.
- ARAÚJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Representações sociais sobre a humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 287-293, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a11v64n2.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- BENEVIDES, B. R.; PASSOS, E. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-80, 2000.
- BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. **Organização do trabalho e saúde**. 2019.
- BRASIL. Ministro de Estado de Saúde. Alexandre Rocha Santos Padilha. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004. 49p
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília; 2006. Disponível em: [http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_ilustrada\\_direitos\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/cartilha_ilustrada_direitos_2006.pdf). Acesso em: 22 mai., 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 7 jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador.** Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_formacao\\_saudetrabalhador.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_formacao_saudetrabalhador.pdf). Acesso em: mai. 2023.

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

BRASIL, Ministério da saúde. SUS. **Pense mais SUS.** 2012. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acessado em 07/11/2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Secretaria de atenção à saúde-Política Nacional de Humanização PNH.** Brasília, 2013. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Princípio do HumanizaSus,** 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-à-informação/ações-e-programas/humanização\\_s/princípios-do-humanizaSus](https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-à-informação/ações-e-programas/humanização_s/princípios-do-humanizaSus). Acesso em: 07 nov., 2022

CALHEIROS, M. N. T. R. et al., A educação permanente no âmbito da saúde mental e o médico atuante na atenção primária. **Rev. APS,** 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35362/24411>. Acesso em: 24 maio 2023.

CAMPOS, G. W. S. Apoio Paidéia. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTRO, A. S. et al. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. **Rev. Bras. Prom. Saúde,** 2019. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8668/pdf>. Acesso em: 25 maio 2023.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

COLUCCI, C. Na trilha do crescimento profissional. **Revista Nursing**, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/na-trilha-do-crescimento-profissional.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares, BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde em Debate**. v. 39, n. 105, pp. 514-524, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. I

CORBANI, N. M. S.; BRETAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>.

COSTA, P. C. P. da; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado em enfermagem: Um estudo fenomenológico. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. Acesso em: 1 nov. 2022.

COSTA, P. C. P. da; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. In: **Scientific Electronic Library Online**. São Paulo, 11 set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3GvY54tXyc38jRr5kdbNyhj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2022.

CUNHA, P. F; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS1. In: **Scientific Electronic Library Onlin**. São Paulo, 25 set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5K49v57jyLfvzCc5dCm7ddt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2022.

DIANA, J. Pesquisa descritiva, exploratória e explicativa. Desafios da pesquisa. Franca: **Unesp - FHDSS**, p.63-75, 2017. Disponível em: <https://www.diferenca.com/pesquisa-descritiva-exploratoria-e-explicativa/> Acessado em 07/11/2022.

DORICCI, G.C; LORENZI, C. G. Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. **Saúde debate**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Hn8BpPYczGNkqTr3rLrQkHS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2023.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, pp. 685-692, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400011>. Acesso em: 1 nov. 2022.

ESPOSTI CDD, FERREIRA L, SZPILMAN ARM, CRUZ MM. **O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19**. Rev Bras Pesqui Saude. v.22, n.1: p.4-8, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/33685>. doi: 10.21722/rbps.v22i1.33685.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 327-330, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300014>.

FERREIRA, M. C. (2012). **Qualidade de vida no trabalho**: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores (2a ed.). Brasília, DF: Paralelo 15.

FREITAS, F. B. Q. et al. Prática de saúde na atenção básica na perspectiva da política de humanização num município cearense. **Rev. Saúde pública Paraná**, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/helo3/Downloads/390-Texto%20do%20artigo-4220-1-10-20210409.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

FILHA, M. F. A importância do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência/emergência. **Portal de periódicos**, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173621>. Acesso em: 01 jun. 2023.

FORTES, Paulo Antônio De Carvalho *et al.* A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700005>. Acesso em: 30 mar. 2023.

GIL-MONTE, Pedro R.. CUIDANDO DE QUEM CUIDA. **Psicologia em estudo**, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100017>. Acesso em: 18 jun. 2023.

GUIZARDI, Francini Lube *et al.* O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>. Acesso em: 05 jun. 2023.

GUSMÃO, R. O. M. et al. Cuidado é fundamental. **Revista Online de pesquisa**, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/10533-Texto%20do%20Artigo-58801-1-10-20210928.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

JOSÉ FILHO, Mário; DALBÉRIO, Osvaldo. (Org.). **Desafios da pesquisa**. Franca: Ed. UNESP FHDSS, 2006.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; MARCHIORI, M. C. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, pp. 677-684, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400014>. Acesso em: 1 nov. 2022. Epub 14 out. 2010. ISSN 1983-1447.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem.

OLIVEIRA, C. et al. Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/HwsSQ3BfV8hHCsPvJPDYqss/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2023

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. In: **Scientific Electronic Library Online**. Rio De Janeiro, 5 abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2022.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. 2014.

PASCHE, D.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 1, n. 1, 8 dez. 2008. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/19/45>.

PEREIRA, Paulo Fábio. **Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de PósGraduação em Enfermagem, 2008.

PIRES, A. S et al. A permanência no mundo do trabalho de profissionais de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 338-345, abr./jun.2013. [rpsaude/v11n1/v11n1a03.pdf](https://rpsaude/v11n1/v11n1a03.pdf). Acesso em: 22 maio 2023.

REPPETTO, Maria Ângela *et al.* Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300014>. Acesso em: 05 jun. 2023.

ROSA, Raquel Borba *et al.* Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enf.**, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SY5KhYJQg6XzPsZpfDM6P5Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2023.

ROSEVICS, L. et al.. ProCura - **a arte da vida**: um projeto pela humanização na saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 486–492, out. 2014. Acesso em: 01. Jun. 2023

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>. Acesso em: 1 nov. 2022. Epub 31 ago. 2012.

SANTOS FILHO, S.B. **Construindo um método de acompanhamento avaliativo e avaliando processos de formação**: em foco o curso de humanização da atenção e gestão em saúde do Mato Grosso. Relatório de Consultoria apresentado para o Ministério da Saúde. Brasília, 2008

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.) **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>. Acesso em: 1 nov. 2022. ISSN 2358-2898.

SILVA, Cláudia B. G.; SCHERER, Magda D. A. **A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, p. e190840, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wSmkML5zgMkhhS8WmRYsKpm/?lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2023.

SILVA, P. B. A. et al. Assistência de enfermagem no âmbito hospitalar: a experiência de pessoas privadas de liberdade. **Enfermagem em Foco**, 2022. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/assistencia-de-enfermagem-no-ambito-hospitalar-a-experiencia-de-pessoas-privadas-de-liberdade/>. Acesso em: 1 jun. 2023.

SOUZA, L. E. P. F. et al. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Instituto de saúde coletiva**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3vTKynxrHpTpNfQVQzZSkmv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2023.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C; SOARES, S. M. Práticas educativas em atenção básica à saúde. **Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON, 2009.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Acesso em: 18 out. 2022.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS



### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- 1- Número de identificação do questionário: \_\_\_\_.
- 2 - Qual a sua idade em anos, \_\_\_\_\_ anos?
- 3 -Sexo: ( ) masculino ( ) feminino.
- 4- Estado civil: ( ) casado / união estável ( ) divorciado / separado (a) ( ) solteiro (a) ( ) viúvo (a).
- 5 - Tempo de formação em anos, \_\_\_\_\_ anos?
- 6 - Há quanto tempo trabalha em atenção hospitalar? \_\_\_\_\_ meses/ anos.
- 7 - Há quanto tempo trabalha na instituição? \_\_\_\_\_ meses/ anos.
- 8 - Possui alguma especialização após a graduação?
- a) Sim.
- b) Não.
- Se sim, qual? \_\_\_\_\_.
- 9 - Durante a graduação, teve disciplina com foco em humanização?
- a) Sim.
- b) Não.
- Se sim, qual? \_\_\_\_\_.
- 10 - Para você o que é Humanização/ atendimento humanizado?  
\_\_\_\_\_.
- 11 - Existem programas de atenção permanentes para profissionais de saúde na instituição em que atua?
- a) Sim.
- b) Não.
- Se sim, qual? \_\_\_\_\_.
- 12 - Na presente instituição, já foram abordados temas sobre políticas nacionais de humanização?
- c) Sim.
- d) Não.

Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_.

13 - O que você como enfermeiro entende por SUS?

\_\_\_\_\_.

14 - O que você entende por Política Nacional de Humanização -PNH?

\_\_\_\_\_.

15 - Como você, como enfermeiro da instituição, faz o acolhimento para com o paciente?

\_\_\_\_\_.

16 - O que você entende por clínica ampliada?

\_\_\_\_\_.

17 - O que você entende por Cogestão?

\_\_\_\_\_.

18 - Na presente instituição, é realizada a defesa dos direitos do usuário?

a) Sim

b) Não

Se sim, como: \_\_\_\_\_.

19 - Na presente instituição, como se dá a valorização do trabalho e do trabalhador?

\_\_\_\_\_.

20 - Você já estudou ou leu algo sobre a Construção da memória do SUS que dá certo?

c) Sim

d) Não

Se sim, o que podes relatar sobre:

\_\_\_\_\_.

21 - Na presente instituição como se dá a assistência de enfermagem?

23- Sobre a presente instituição, qual seu relato sobre a Humanização como princípio de atendimento de enfermagem? \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B- EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA APÓS A COLETA DE DADOS



Orientadora: Prof. Me. Leticia Milak Felipe

Acadêmicas de Enf: Heloise Souza e Tatiane Bresciani

**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

**Título da Pesquisa:** A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO EXTREMO SUL CATARINENSE.

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Política Nacional de Humanização em uma instituição hospitalar do extremo sul catarinense e promover a utilização dos protocolos.

**Período da coleta de dados:** 28/04/2023 a 30/05/2023

**Tempo estimado para cada coleta:** No máximo 45

minutos. **Local da coleta:** Fundação Social Hospitalar de Içara.

**Pesquisador/Orientador:** Leticia Felipe Milak

**Telefone:** 48 99628-7467

**Pesquisador/Acadêmico:** Heloíse de Souza Cruz e Tatiane Maqueli Bresciani

**Telefone:** 48 99819-8970  
51 99957-6081

**10 fase do Curso de Enfermagem da UNESC**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde -

podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
<p>Descrever TODOS os procedimentos que serão realizados na pesquisa, com o detalhamento do que o participante deverá realizar durante o estudo, isto é, descrever como será aplicado o questionário, o tempo necessário para respondê-lo, quanto tempo levará todo o procedimento do estudo, descrever o que será realizado entre os questionários, entre outros (Item IV.3.a, da Resolução CNS nº 466 de 2012).</p> <p>Para relato de caso, informar: O presente estudo irá relatar um caso clínico realizado na Fundação Social Hospitalar de Içara.</p>

<b>RISCOS</b>
<p>Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente.</p> <p>Para relato de caso: Um relato de caso não tem riscos para o paciente pois pressupõe-se que o paciente já assinou o TCLE para que pudesse ser atendido no local e estes riscos já foram expressos no TCLE do tratamento.</p>

<b>BENEFÍCIOS</b>
<p>Possibilidade de entender mais sobre o assunto abordado, prestar um atendimento ao paciente com mais entendimento sobre o tema, e aplicar a PNH com eficiência em suas atividades diárias.</p>

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as

minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Heloise de Souza Cruz e Tatiane Maqueli Bresciani pelo telefone (48)99819-8970 (51) 99957-6081 e/ou pelo e-mail Helo3468@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Assinatura	
Nome:	<u>TATIANE M. BREGUEN</u>
CPF: _____	Assinatura
	Nome:
	<u>TATIANE MARINA BREGUEN</u>
	CPF: <u>028.818.090-90</u>

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Assinatura	
Nome:	<u>[Assinatura]</u>
CPF: _____	Assinatura
	Nome:
	<u>Roberto de Souza</u>
	CPF: <u>500.564.549-11</u>


Criciúma (SC), 05 de abril de 2023.

## ANEXO B - CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO



## CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar enfermeiros de diversos setores da Instituição Fundação Social Hospitalar de Içara, localizada na Rua: Sete de Setembro, Número 461 – bairro: Centro, Cidade de Içara - SC, CEP: 88820-000, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO EXTREMO SUL CATARINENSE" sob a responsabilidade do professor(a) responsável Letícia Felipe Milak, e pesquisador(s) Heloíse de Souza Cruz e Tatiane Maqueli Bresciani, do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

  
Fundação Social Hospitalar  
de Içara

Patrícia de Silva Filizmino  
Assessora Administrativa  
Enfermagem - COREN/SC 307.786

FUNDAÇÃO SOCIAL  
HOSPITALAR DE IÇARA  
CNPJ 03.852.418/0001-54

## ANEXO C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



### Termo de Confidencialidade

**Título da Pesquisa:** A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO EXTREMO SUL CATARINENSE.

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Política Nacional de Humanização em uma instituição hospitalar do extremo sul catarinense e promover a utilização dos protocolos.

**Período da coleta de dados:** 28/04/2023 a 30/05/2023

**Local da coleta:** Fundação Social Hospitalar de Içara.

**Pesquisador/Orientador:** Letícia Felipe Milak

**Telefone:** 48 99628-7467

**Pesquisador/Acadêmico:** Heloíse de Souza Cruz e Tatiane Maqueli Bresciani

**Telefone:** 48 99819-8970

**10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC**

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em entrevista semiestruturada com enfermeiros do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC  
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | [cetica@unesc.net](mailto:cetica@unesc.net) | [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep)  
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.



## Termo de Confidencialidade

- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador Heloise de Souza Cruz e Tatiane Maqueli Bresciani por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
<b>Orientador(a)</b>  <i>Leticia Felipe Mak.</i> <hr/> <b>Assinatura</b>  <b>Nome:</b> <hr/> <b>CPF:</b> <u>004 . 544 . 579 - 09</u>	<b>Pesquisador(a)</b>  <i>Heloise de Souza Cruz</i> <hr/> <b>Assinatura</b>  <b>Nome:</b> <i>Heloise de Souza Cruz</i> <hr/> <b>CPF:</b> <u>300 . 564 . 519 - 11</u>
<b>Pesquisador(a)</b>  <hr/> <b>Assinatura</b>  <b>Nome:</b> <hr/> <b>CPF:</b> <hr/>	<b>Pesquisador(a)</b>  <i>TATIANE M. BRESCIANI</i> <hr/> <b>Assinatura</b>  <b>Nome:</b> <i>TATIANE MAQUELI BRESCIANI</i> <hr/> <b>CPF:</b> <u>028 . 810 . 030 - 90</u>