



**FACULDADE PARAENSE DE ENSINO - FAPEN  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DALILA LIRA FERREIRA CAMPELO  
GLAYCE KELLY RIBEIRO MACIEL  
MARIA CHARLENE FARIAS LEÃO**

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE  
HOSPITALAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM  
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE BELÉM- PARÁ.**

**BELÉM -PA  
2016**



DALILA LIRA FERREIRA CAMPELO  
GLAYCE KELLY RIBEIRO MACIEL  
MARIA CHARLENE FARIAS LEÃO

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE  
HOSPITALAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM  
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE BELÉM- PARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade Paraense de Ensino como requisito  
para obtenção do grau de Bacharelado em  
Enfermagem.  
Orientadora: Prof. Msc. Milena Silva dos Santos

BELÉM-PA  
2016

DALILA LIRA FERREIRA CAMPELO  
GLAYCE KELLY RIBEIRO MACIEL  
MARIA CHARLENE FARIAS LEÃO

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE  
HOSPITALAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM  
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE BELÉM- PARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade Paraense de Ensino como requisito  
para obtenção do grau de Bacharelado em  
Enfermagem.

Orientadora: Msc. Milena Silva dos Santos.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Presidente (a): Milena Silva Santos

---

1º Membro: Prof.ª Rosa Amélia Tavares

---

2º Membro: Prof.º Uêbem Fernandes Ramos

*Dedicamos aos nossos familiares*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus pela oportunidade de superar mais um degrau na escada da vida, aos amigos (Mylene Maciel, Dayse Castro, Marta Cordeiro) e familiares que nos apoiaram nos momentos mais difíceis nos motivando. Agradecemos em especial a Nashara Leão, a Enfermeira Rosa Amélia por abrir as portas no campo de estudo. A professora Msc/orientadora Milena Santos pelo acompanhamento incondicional aos autores e à todos os profissionais participantes desta pesquisa.

Dalila Campelo, Glayce Maciel e M<sup>a</sup> Charlene Leão.

*“sem conhecimento e sem comunicação não há humanização.”*

*Camila Silveira*

## RESUMO

Este estudo apresenta uma breve análise sobre a prática da Política Nacional de Humanização- PNH, no hospital de pronto socorro Mario Pinotti do Município de Belém. Foram abordados dois temas principais a sistematização do HUMANIZA-SUS, bem como sua aplicabilidade. A Humanização foi apresentada ao serviço de saúde por meio da Política Nacional de Humanização, o Histórico das políticas de humanização, bem como a funcionalidade dando maior ênfase aos principais dilemas enfrentados pelos profissionais para essa prática. Objetivou-se compreender a correta sistematização do HUMANIZA-SUS, bem como sua aplicabilidade por meio de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa com entrevista semiestruturada, cujas respostas obtidas, foram divididas em quatro categorias: Percepção do conhecimento dos profissionais sobre o HUMANIZASUS; Aplicação da Política HUMANIZASUS no Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém-Mário Pinotti; Relacionamento interpessoal/ profissional no ambiente de trabalho; Medidas para aprimorar a humanização no atendimento da Instituição. Nosso estudo permitiu identificar a necessidade da formação educacional dos profissionais da saúde quanto ao HUMANIZASUS, quando analisamos as resposta obtidas nas entrevistas, pois muitos conhecem o que é humanização e até praticam em seus procedimentos, mas não sabem conceituar com coerência de acordo com a Política, que não seja somente “cuidar do próximo como gostaria de ser cuidado.” O Estudo propõe a necessidade de uma reflexão mediante a escassez de um serviço humanizado que vem sendo aplicado na Instituição estudada, por entendermos que as ferramentas do HUMANIZASUS existem, porém os servidores não correlacionam os dispositivos do PNH usados no atendimento à política.

**Palavras – chave:** Humanização da Assistência; Política de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

## ABSTRACT

This study presents a brief analysis of the practice of the National Politic of Humanization - PNH, in the Mario Pinotti Emergency Room Hospital in the city of Belém. Two main themes were the systematization of HUMANIZASUS, as well as its applicability. Humanization was presented to the health service through the National Humanization Politic, the History of humanization politics as well as the functionality giving greater emphasis to the main dilemmas faced by professionals for this practice. The objective was to understand the correct systematization of HUMANIZASUS, as well as its applicability through an exploratory descriptive exploration of a qualitative approach with semi-structured interview, whose answers were divided into four categories: Perception of the knowledge of professionals about HUMANIZASUS; Application of the HUMANIZASUS Politic at the Municipal Emergency Room of Belém - Mário Pinotti; Interpersonal / Professional relationship in the work environment; Measures to improve the humanization of care the institution . Our study allowed us to identify the need for educational training of health professionals regarding HUMANIZASUS, when we analyze the answers obtained in the interviews, since many are aware of what is humanization and even practice in their procedures, but do not know how to conceptualize coherently according to the Policy, Which is not just "caring for others as you would care." The study proposes the need for a reflection through the lack of a humanized service that has been applied in the institution studied, because we understand that the tools of HUMANIZASUS exist, but the servers do not correlate the devices of the HNP used in the service of politics.

**Keywords:** Emergency Medical Services; Health Politic; Humanization of Assistance.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1 SOBRE O TEMA	10
1.2 OBJETIVOS	15
<b>1.2.1 Objetivo Geral</b>	<b>15</b>
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>16</b>
2.1 HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE	16
2.2 HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO NO BRASIL	17
2.3 FUNCIONALIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH	18
2.4 PRINCIPAIS DILEMAS DA PNH	21
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	<b>23</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO	23
3.2 LOCAL DE ESTUDO	23
3.3 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS	25
<b>3.3.1 Critérios de Inclusão</b>	<b>26</b>
<b>3.3.2 Critérios de Exclusão</b>	<b>26</b>
3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	26
3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS	27
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>29</b>
4.1 PERCEPÇÕES DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O HUMANIZASUS	29
4.2 APLICAÇÃO DA POLÍTICA HUMANIZASUS NO HPSM MÁRIO PINOTTI	30
4.3. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL/ PROFISSIONAL NO AMBIENTE DE TRABALHO	33
4.4. MEDIDAS PARA APRIMORAR A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DA INSTITUIÇÃO	35
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>43</b>

<b>ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO C - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO D - FOLHA DE ROSTO</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO E - CARTA DE ANUÊNCIA DO PRONTO SOCORRO</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 SOBRE O TEMA

“Se podemos ver o que está acontecendo, devemos buscar a reparação. Ver, conhecer, refletir sobre si mesmo, os outros e as situações que nos envolvem em contexto particular e coletivo. É o princípio da ética, da cidadania, da humanização” (RIOS, 2009a, pág. 28). De tal modo sabe-se que humanização está inteiramente ligada ao cuidar do próximo com os mesmos cuidados dos quais queremos a nós mesmos, do mesmo modo como tratamos nossos familiares e amigos (RIOS, 2009a, b).

A autora pressupõe que, a se ver algo de errado é necessário não apenas apontar o erro, mas sim buscar conhecer, entender e refletir de modo que se possa intervir para mudar a situação. Em termos de humanização, buscar por em prática tudo que se julga ser o correto quando necessita de atendimento digno.

“...à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários de novas éticas no campo de trabalho incluindo aí o campo da gestão, e da prática de saúde superando problemas e desafios do cotidiano de trabalho” (BRASIL, 2010, pág.6).

A Humanização na saúde, em especial nos atendimentos de urgência continua sendo um grande desafio para todos os profissionais da área. Os hospitais de pronto atendimento de urgência são destinados para prestar um atendimento imediato, por se tratar de situações de alta complexidade, esse atendimento é executado por profissionais habilitados, especializados e treinados para estabilizar o quadro clínico que o paciente apresentar no momento, até a recuperação da saúde. Porém, o doente, a família e os profissionais vivenciam um ambiente que gera estresse e ansiedade, podendo ser amenizado por um atendimento humanizado, de qualidade (ANDRADE *et al.*, 2009; SILVA, 2014).

Quando se refere ao binômio saúde hospitalar – humanização, depara-se com uma situação muito delicada, por estar lidando com dois lados de suprema responsabilidade, onde se tem de um lado profissionais com alto grau de compromisso que suportam uma sobrecarga de atividades, seja pela demanda de trabalho, seja pela escassez de suprimentos ou mesmo pela pressão exercida pelo outro extremo, e a urgência na priorização da vida (RIOS, 2009a; SILVA, 2014).

A ânsia pela prática do cuidar emergencial proposta pelas Diretrizes da humanização pode levar a um atendimento mecanizado mediante a súplica nos olhares de socorro dos pacientes e seus familiares, que consciente ou inconscientemente exigem tratamento humanitário, ainda que não entendam exatamente seus direitos dentro da Política Nacional de Humanização - PNH, mas desejam ser tratados com respeito e dignidade (ANDRADE *et al.*, 2009; RIOS, 2009a).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH foi criado em 2000, para padronizar o atendimento humanizado na rede do Sistema Único de Saúde - SUS, na tentativa de amenizar o sofrimento dos pacientes e dos profissionais, reduzindo as dificuldades encontradas durante o tratamento e favorecer a recuperação da comunicação entre equipe de profissionais e usuários, incluindo a família (BRASIL, 2001).

Em concordância ao que preconiza a Constituição Federal de 1988, no Artigo 196 que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2012, pág 116-117). O PNHAH foi criado baseado nos princípios do SUS, seguindo também suas diretrizes de modo que a prática da atenção à assistência hospitalar seja parceiro na rede SUS, praticado entre todos com igualdade, universalidade e integralidade da assistência (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, o principal objetivo do PNHAH é aprimorar a comunicação dos profissionais entre si e com os usuários, do hospital com a comunidade, para que haja uma melhor articulação entre os setores (BRASIL, 2001).

Mediante o descrito, a comunicação ainda é a principal ferramenta que pode fazer a diferença dentro de um atendimento hospitalar. Essa comunicação deve estar presente desde a recepção do usuário e durante toda sua estada na instituição. Logo, a boa comunicação interfere de modo positivo na agilidade do atendimento. Para isso foram propostas duas condições essenciais para criação de um espaço de comunicação, os Grupos de Trabalho de Humanização nas instituições hospitalares e a formação da Rede Nacional de Humanização, para atuar na comunicação entre as instâncias de saúde e instituições hospitalares (BRASIL, 2001).

Segundo Andrade *et.al.* (2009), profissionais da saúde praticam um atendimento humanizado desde o momento que atende o paciente, ao ouvir suas queixas e procurar amenizar seu sofrimento. Essa prática torna a árdua situação vivenciada pelo paciente e seus familiares uma carga mais leve, aproximando o profissional da saúde com o usuário, trazendo a saúde para um patamar onde o “cuidar” deixa de ser automático e passa ser uma ação espontânea, respeitando o paciente diante da vulnerabilidade vivenciada.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH lançou um manual onde propõe um conjunto de ações integradas, visando uma mudança fundamental no modelo de assistência aos usuários nos hospitais públicos, melhorando o atendimento tanto na qualidade quanto na eficácia dos serviços oferecidos nas instituições. E reconhece a necessidade em mudar a forma de gerir a relação entre profissional e usuário, como também na própria forma da instituição (BRASIL, 2001).

Apesar de o PNHAH ter sido lançado há 15 anos, ainda é muito comum relatos de usuários na mídia, de mau atendimento e até mesmo maus tratos por parte dos profissionais, tendo como queixa principal, a falta de comunicação dos profissionais com usuários e entre a equipe. Alguns fatores contribuem para essas atitudes como: local inapropriado para o atendimento falta de material adequado para os procedimentos, baixa demanda de profissionais capacitados, carga horária excessiva, entre outros, que possam justificar essas atitudes por partes desses profissionais (ANDARE *et al.*, 2009; SILVA, 2014).

O atendimento emergencial pode ser comprometido pelas questões institucionais internas e externas, que transcendem os atos, atitudes e desejos dos profissionais da saúde em praticar a humanização, devido sua rotina acelerada de atendimento pela grande demanda de pacientes, a dinâmica de ações complexas, toda a sobrecarga física e psicológica gera grande ansiedade nos profissionais e familiares. Essas particularidades induzem os profissionais a imprimir uma característica impessoal, dificultando uma postura humanizada (ANDARE *et al.*, 2009; SILVA, 2014).

Atuando no princípio da transversalidade, foi implantado em 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH, que vem como forma de lei (Constituição Brasileira de 1988- art. 196º) e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, tentar

corrigir o que de fato deveria ser feito como ato de amor, vem em busca da prática do cuidar do próximo de modo holístico (BRASIL, 2001), tal qual Florence no século XIX praticava “com conceitos sobre enfermagem que abrangiam as funções de assistente social, nutricionista, administrador [...]” (GARCIA *et.al.*, 2012, p.190).

Em todo o Estado do Pará, existem 390 estabelecimentos com disponibilidade para o atendimento de urgências e emergências, em Belém existem 64 estabelecimentos. Dentre os 144 municípios, existem 125 estabelecimentos para prestar esse tipo de atendimento à população, porém a maioria dos pacientes vem em busca de atendimento na capital, causando assim uma superlotação nos estabelecimentos hospitalares, o que prejudica a qualidade do atendimento prestado (BRASIL, 2016).

No Estado do Pará, há um total de 1.591 leitos complementares e em Belém esse número é de 890 leitos, o que corresponde a 55,93%, ou seja, 890 leitos, para uma população de 1.439.561 de habitantes, em 2015, segundo o IBGE. Porém, o número de leitos no Estado para internação é de 15.634, e em Belém temos 4.904, o que corresponde a 31,36% de leitos para internação (BRASIL, 2016).

Os recursos físicos, no caso números de leitos disponíveis, em Belém para atendimento emergencial, para repouso e/ou observação são de 98 leitos, o que corresponde a 31,9% do total disponibilizado em todo o Estado que é de 307 leitos. Quando falamos de quantitativo de leitos de internação, soma-se com leitos complementares (UTI e Unidade intermediária), com a quantidade disponibilizada para atendimento pelo SUS e não SUS (BRASIL, 2016).

De acordo com o levantamento realizado, no DATASUS, só em Belém, no mês de janeiro/16 foram internadas 7.733 pessoas (43,69%), e em todo o Pará foi de 17.699, acarretando em um excedente de 57,68%, o que significa que o número pela procura foi maior que a demanda do Estado, ultrapassando em 2.829 leitos. Esse fato faz o serviço hospitalar de urgência e emergência ter um ritmo mais acelerado por parte dos profissionais de saúde, sendo uma das possíveis causas para um atendimento tecnicista e mecânico (BRASIL, 2016).

Diante de uma realidade distante do que preconiza o PNH, procurou-se avaliar e entender, o “porquê”, das ações de humanização e transformações propostas pelo SUS não condizerem com os parâmetros apresentados para um atendimento humanizado. Devido todos os contextos apresentados, houve a

necessidade da realização do desenvolvimento de uma pesquisa, para analisar o tipo de atendimento dispensado aos usuários, como também os problemas e dificuldades enfrentados pela equipe de urgência e emergência de um Pronto Atendimento (MACIAK; SANDRI; SPIE, 2009).

A sobrecarga de tarefas por conta da superlotação e falta de recursos para prestar assistência e relatos reais de profissionais desgastados, pacientes desacreditados e desconfiados com aqueles que deveriam ser seus “heróis”, leve a um atendimento impessoal. Por isso, ir além das perguntas e encontrar as resposta que podem vir acompanhadas de boas soluções para tirar o humaniza SUS do papel e colocar na prática é um dos propósitos desta pesquisa (ANDARE *et al.*, 2009; SILVA, 2014).

A escolha desse tema é para entender os problemas e as dificuldades encontradas por profissionais e usuários do Hospital de Pronto Socorro de Belém, Mario Pinotti, e contribuir para fomentar maior discussão e interesse de profissionais da área sobre a deficiência dentro da rede hospitalar de humanização, buscando uma maior fiscalização, inovando e estimulando parcerias entre os profissionais e usuários, para que haja o funcionamento adequado dos programas criados dentro do HUMANIZASUS contribuindo assim para um atendimento mais eficaz e humanitário visto que o Ministério da Saúde possui como um de seus objetivos principais a promoção de mudança cultural no atendimento de saúde do Brasil.

Atualmente é inquestionável o aumento do número de pacientes que procuram atendimento nos serviços de urgência e emergência. Este setor concentra o maior fluxo de atendimento dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o maior número de problemas de logística e gerenciamento, o que torna imprescindível a harmonização do ambiente e o treinamento das equipes [...] o que não é privilégio local nem nacional, mas os países desenvolvidos também apresentam um aumento da demanda nos serviços de urgência e emergência e a desproporção entre a demanda e a capacidade de atendimento gera um desequilíbrio nos recursos disponíveis (NASHIO *et.al*, 2011).

Questiona-se então como podemos contornar os problemas da atual situação da humanização nos prontos atendimentos de urgência e emergência? Como os profissionais podem, no limiar de um rápido minuto, ser capazes de tomar a melhor decisão para salvar uma vida sem deixar de tratá-la como um ser humano? De que modo este mesmo profissional encontra-se assistido com insumos, equipamentos,

apoio e incentivo para dar o melhor de si em prol da prática do humaniza SUS? Diante de tantas perguntas, tudo o que de fato temos no momento estão de acordo com as pesquisas, a necessidade da ampliação do diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população e entre profissionais e gestores, que é uma das diretrizes de aplicação da Política Nacional de Humanização – PNH.

Ressalta-se como relevância, encontrar os meios de proporcionar, por intermédio desta pesquisa, as possíveis causas dos problemas de “desumanização” na prestação de serviços, aqui apresentados, de modo que possamos facilitar a resolução dos mesmos, para a melhoria de um atendimento mais digno ao usuário do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém, Mário Pinotti, que é o nosso principal compromisso como acadêmicos e futuros profissionais da saúde.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

Compreender a correta sistematização do HUMANIZASUS, sua aplicabilidade no Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti de Belém-PA.

### 1.2.2 Específicos

- a) Identificar as ações de humanização praticada pela equipe de atendimento da Urgência e Emergência;
- b) Abordar sobre conhecimento da equipe sobre o PNHAH;
- c) Identificar na percepção dos profissionais os pontos positivos e negativos encontrados no atendimento pela Equipe de Urgência e Emergência.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Considerando o trabalho realizado no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo antes da constituição da PNH, em 2003, o tema da humanização às vezes sob outras designações, aparece em vários contextos, geralmente ligados à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário. A humanização deve ser vista como política que zela para que todas as rotinas sejam as mais humanizadas possíveis. Existem muitas sondagens conceituais para a palavra “humanização”, de acordo com o PNHAH, humanização refere-se à mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos do trabalho, entendida também como valor que resgata respeito à vida humana (RIOS, 2009a,b).

Ao falar de humanização fala-se concomitantemente do ser humano, que é um indivíduo movido pelas emoções de amor, raiva, tristeza, compaixão, mas que também tem necessidades físicas e materiais, independente da situação financeira e espiritual. Mediante a complexidade da vida, o ato de cuidar da saúde física e/ou mental de uma pessoa é muito mais complexo, uma vez que um braço quebrado representa à impossibilidade de se comunicar através da escrita, de fazer atividades cotidianas, de realizar suas necessidades humanas sozinhas, a humanização no serviço de saúde tem seu ponto de partida em compreender o ser humano em todas as suas individualidades e limitações (RIOS, 2009).

Ressalta-se a relevância que precisa ser dada ao trabalhador e gestor do SUS, que por sua vez possui a mesma definição de humanismo, tendo, portanto, as mesmas necessidades humanas básicas, o que nos remete à primordial existência de um sistema onde o usuário e o prestador de serviço obtenham as condições essenciais para o processo de oferecer e receber a prestação de serviços de saúde. A Política Nacional de Humanização tem entre suas Diretrizes a Valorização do Trabalhador, o que possibilita realizar uma mudança no quadro de desvalorização dos profissionais da saúde. (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), a Política Nacional de Humanização ou HumanizaSUS é uma política que aposta na integração de ações e decisões tomadas entre gestores, trabalhadores e usuários em prol da qualificação

da atenção e gestão do SUS, reconhece que há um SUS que dá certo, pois entende que os problemas e dificuldades existem, mas podem ser superados, através dessa qualificação da prática de atenção e gestão.

## 2.2 HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO NO BRASIL

Humanização tornou-se um tema de uso frequente, quando nos referimos aos serviços públicos de saúde. Porém foi em meados do século XX, que surgiram nessa área várias iniciativas com o nome de humanização, provavelmente tenha surgido nos acordos da luta anti-manicomial, na Saúde Mental e do movimento feminista que reivindicavam por humanização no parto e no nascimento, na área da Saúde da Mulher, iniciando uma marca histórica, pois a partir dessa época alguns hospitais principalmente do setor público começam ensaiar ações chamadas “humanizadas”, oferecendo um ambiente hospitalar mais agradável, com entretenimentos através de arte, atividades lúdicas e melhorias no ambiente físico (RIOS, 2009a).

Os cuidados de saúde evoluíram muito com o decorrer dos anos, desde as primeiras intervenções cirúrgicas totalmente precárias e sem higiene pela falta de conhecimento dos microrganismos, passando pelos cuidados no período de guerras, as primeiras medidas de higiene e cuidado humanístico foram realizadas por Florence Nightingale, que vem a ser a mãe da enfermagem, por meio destes cuidados pôde-se ver um dos mais íntegros exemplos de humanismo, aquela figura de uma mulher que na calada da noite saía com uma lamparina levando cuidado, ajuda, conforto e amor àqueles enfermos, mostra de fato o real sentido de humanizar o tratamento de saúde (GARCIA et.al., 2012).

Em 2001, foi lançado o PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, objetivando melhorar a qualidade do atendimento com ênfase na assistência hospitalar. Prestando assim uma assistência focada dentro dos princípios do SUS, como a transversalidade, equidade e integralidade. O programa era inovador, incentivava a dissipação de novas ideias de humanização. Nasceu de uma iniciativa do Ministério da Saúde em criar estratégias para melhorar o contato humanizado entre o profissional de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e da gestão com a comunidade, com objetivo de criar uma cultura de humanização para melhoria do sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2001; 2002).

O Ministério da Saúde viu a necessidade de algo mais abrangente para humanizar os serviços da saúde, eis que surge em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH ou HUMANIZASUS. No intuito de solucionar as falhas encontradas na execução do PNHAH, o HUMANIZASUS vem trabalhar a humanização em todas as instâncias do SUS e diz respeito a uma aposta ético-estético-político, vindo com a proposta de um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e nos colegiados que garantem o compartilhamento de poder, através de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. A Política apresenta propostas de mudanças resolutivas no modo de cuidar e gerir serviços por meio da transversalidade (BRASIL, 2010).

A PNH tem como proposta aprimorar a relação entre gestores, usuários e profissionais do SUS, possibilitando o reconhecimento de cada um como integrante do SUS, podendo assim, contribuir para sua melhoria e na inclusão dos diferentes. Está embasada nas seguintes Diretrizes: O Acolhimento; A Clínica Ampliada; A Cogestão; A Valorização do Trabalhador; A Ambiência e a Defesa dos Direitos do Usuário. Neste sentido, a concretização destas diretrizes se dá por meio dos seus Dispositivos, que servem para melhorar os serviços prestados (BRASIL, 2001; 2010).

### 2.3 FUNCIONALIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH

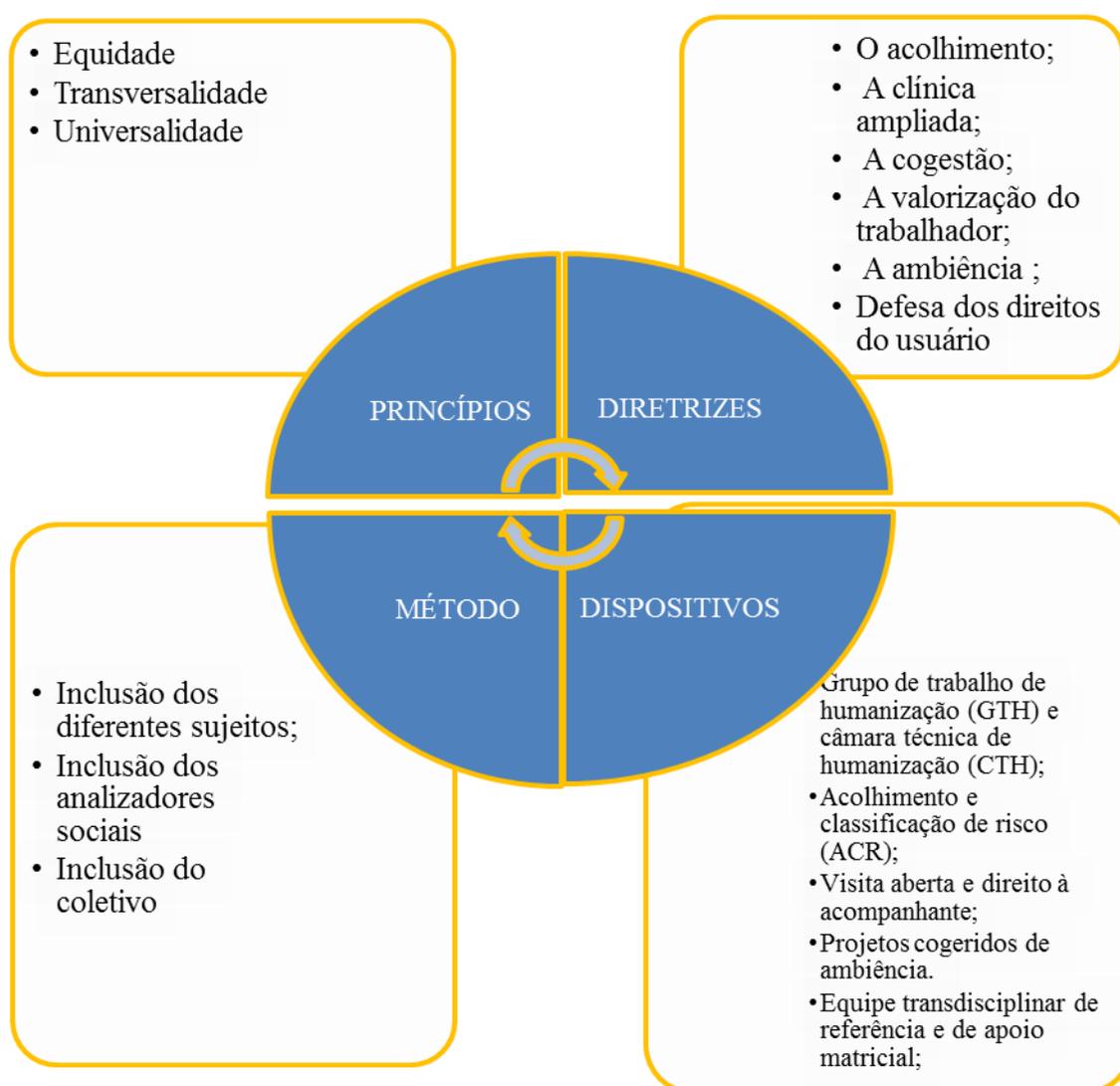
De acordo com a Cartilha da PNH, do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), a Política foi estruturada através de quatro pilares que se relacionam entre si, são eles: Princípios, Diretrizes, Métodos e Dispositivos que são as engrenagens, que se colocadas para funcionar cada uma em sua instancia, permitem a impecável prática da política. Funcionalidade são as ferramentas utilizadas pelo PNH, para facilitar o atendimento do usuário e potencializar a valorização dos profissionais na rede do SUS, sistematizado na **Figura 1**:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH);
- Acolhimento e Classificação de Risco (ACR);
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Projetos Cogêridos de Ambiência.

- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;

O GTH e CTH são siglas para dois dispositivos do PNH, ambas são espaços coletivos, organizados, participativos e democráticos, que auxiliam na difusão e implantação dos princípios e diretrizes dos HUMANIZASUS nos serviços de saúde. (BRASIL, 2010).

**Figura 1.** Pilares do HUMANIZASUS e suas funcionalidades.



**Fonte:** Autores deste estudo baseados na PNH (BRASIL, 2010).

“Através da análise e negociação, o GTH potencializa propostas coletivas, pesquisa sua rede de referência, promove o trabalho em equipes multiprofissionais, propõe uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, incentiva a democratização da gestão, divulga, fortalece e articula as iniciativas humanizadoras existentes, estabelece fluxo entre os diversos setores da instituição, com a gestão e com os usuários e também contribui para melhorar a comunicação e integração desse serviço com a comunidade na qual está inserido” (BRASIL, 2009, p.01).

Acolhimento e Classificação de Risco – (ACR) existe para acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência e emergência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, e acolher também avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta do usuário (BRASIL, 2010).

A classificação de risco é utilizada para a organização da “fila de espera” nos serviços de saúde, uma vez que a não distinção de risco ou grau de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo algumas vezes até morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado (BRASIL, 2010).

A visita aberta e o direito ao acompanhante garante ao usuário manter seu vínculo social onde, durante sua estadia de internação, tem o direito de ter um acompanhante que segundo o Ministério da Saúde pode ser qualquer um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde (BRASIL, 2010).

Projetos Co-geridos de Ambiência apresenta-se como dispositivo do PNH, enfatizando exatamente a importância que o ambiente tem no que diz respeito a sua influencia no ser humano para tanto três importantes papeis do espaço no âmbito da saúde (BRASIL, 2010). O ambiente em que vivemos pode determinar muito que vamos produzir ou não, por meio do:

1. O espaço que visa a confortabilidade;
  2. O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e;
  3. A ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos.
- Acolhimento com Classificação de Riscos.
  - Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva.
  - Projeto Memória do SUS que dá certo.

A Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial é Um dos grandes problemas do cuidado a saúde do usuário é a fragmentação de seu

cuidado, as diversas especializações e profissionais responsáveis por cuidar de cada mínima parte de seu corpo ou mente, de modo que cada um faz seu papel e nada mais e deixando assim grandes partes resolvidas, mas nenhuma com um vínculo que trate integralmente o usuário, basicamente como dar o remédio de diabetes ao diabético sem dar as devidas orientações e acompanhamento (BRASIL, 2004).

Por meio destes dispositivos do HUMANIZASUS o Ministério da Saúde visa quebrar paradigmas existentes no meio da relação trabalho-saúde do trabalhador, onde através da capacitação profissional ideias como “não adianta tentar mudar”, “sempre foi assim”, “eu não posso fazer nada, é o sistema” entre outras possam dar espaço ao pensamento de melhora ao trabalho de grupo, possam gerar no trabalhador sempre uma nova perspectiva, desenvolvimento e evolução do serviço prestado e acima de tudo um serviço saudável a si mesmo gerando assim harmonia com sua mente e corpo saudáveis (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde visa capacitar às equipes interdisciplinares a trabalharem unidas dando suporte ao usuário em um modelo que esta voltada para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização, que é ter capacidade de fazer cumprir com seus compromissos, das equipes (BRASIL, 2009).

## 2.4 PRINCIPAIS DILEMAS DA PNH

O Sistema Único de Saúde – SUS vem desenvolvendo desde sua criação, a ampliação em termos de cobertura e acesso, porém atualmente o SUS quando se refere a desenvolvimento, se depara com a necessidade de aprimorar a qualidade dos serviços disponibilizados à população, além do grande desafio que é oferecer um atendimento com eficiência. Pois a deficiência na comunicação entre profissional e usuário e a insuficiência de comunicação entre gestores dos equipamentos e materiais que compõem o sistema de saúde, causam ao SUS um desperdício a cada ano em consultas, exames complementares, procedimentos e internações adicionais (BRASIL, 2001; 2009).

O Programa Nacional de Humanização - PNH diz que a falta de interação e a pouca comunicação entre gestores e as instâncias proporciona um número elevado

de encaminhamentos desorganizados, dificulta o acesso aos usuários causando insatisfação desses com o sistema, cria dificuldades ao profissional para realizar seu trabalho. O que mostra que enquanto não houver uma boa interação, comunicação, o reconhecimento entre as equipes de profissionais, entre os gestores, profissionais e usuários, menor será a possibilidade da eficácia na prestação de serviços à população (BRASIL, 2001; 2002).

Porém podem-se enumerar as falhas quando nos referimos à humanização, a falta de ética de alguns profissionais, demora em receber resultado de exames, instalações e equipamentos sucateados, carência de apoio e entendimento, aglomeração de pacientes nos corredores dos prontos socorros, as grandes filas de espera. Percebe-se ainda uma grande parcela de falhas quando nos referimos de humanização dentro das organizações tanto no atendimento prestado aos usuários como na assistência aos profissionais (BRASIL, 2002; 2009).

Sabe-se que a humanização sempre esta em um processo contínuo de transformações políticas, administrativas e subjetivas, precisando da transformação do próprio modo de ver do usuário, objetivando a necessidade de cuidado àquele que exerce o direito de ser usuário de um sistema que garanta melhor empenho, segurança, e qualidade prestados por funcionários responsáveis e qualificados. (BRASIL, 2009).

Com a implantação do Programa Nacional de Humanização - PNH o Ministério da Saúde visa consolidação quatro(4) marcas específicas humanizar o atendimento: redução das filas e tempo de espera; o conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações aos usuários pela unidade de saúde; e a garantia de uma melhor gestão aplicada nestas unidades (BRASIL, 2004).

Tomar a saúde como valor de uso e ter um padrão na atenção, é a forma de criar um vínculo com os usuários, garantindo seus direitos e de seus familiares, estimulando-os que se coloquem como protagonista do sistema de saúde, atuando na sua ação de controle social buscando melhores condições para que estes profissionais realizem seu trabalho de maneira digna e seja criador de novas ações que possibilitam colaborar como co-gestores de seu processo de trabalho, desta forma a humanização supõe trocas de saberes, um diálogo entre profissionais, trabalhar em conjunto, não se juntando apenas para resolver um aparecimento de

problema, mas uma grupalidade que sustente e inove construções coletivas supondo-se mudanças entre os componentes (BRASIL, 2009; 2015).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPOS DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa na área da ciência práticas de natureza científica original, descritiva exploratória através da pesquisa de campo de abordagem qualitativa, pois foi definido em projeto cada passo metodológico a ser seguido propondo hipóteses para a escolha do instrumento de pesquisa, com abordagem qualitativa, pois buscou compreender o comportamento dos profissionais, através de suas atitudes, ouvindo suas opiniões, explorando seus conhecimentos, através da observação direta de seus discursos. Por meio da realização de um roteiro de perguntas semiestruturadas para entrevistas, sendo utilizado como recurso, o diário de campo para registros das observações das pesquisadoras.

Pesquisa exploratória “(...) é o tempo dedicado (...) a definir o limiar do projeto e desenvolvê-lo teórico e metodologicamente colocar hipóteses ou alguns pressupostos para seu encaminhamento a escolher a descrever os instrumentos de operacionalização do trabalho (...)”. (MINAYO 2011, pág.26).

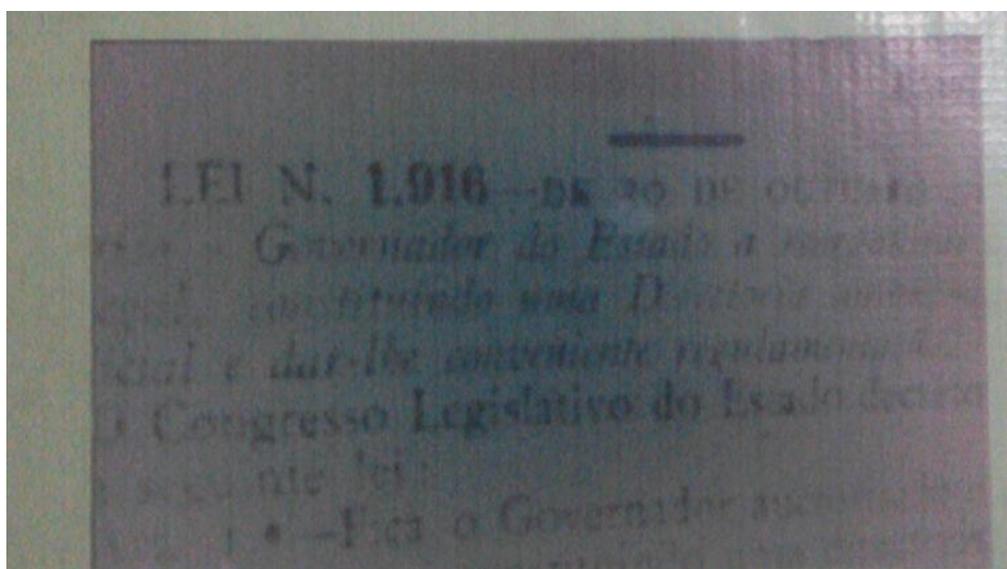
A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo et al (2011, pág.21) corresponde à “(...) questões muito particulares. Ela se ocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveriam ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados dos motivos, das aspirações das crenças dos valores e das atitudes.”.

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi realizado no Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém, Mario Pinotti. Este hospital teve sua origem a partir da Lei nº 3.852 de 30 de Outubro de 1920, quando foi instituída a primeira Política de Urgência e Emergência no Estado do Pará com o nome de Assistência Pública no qual mais tarde no dia 29 de Julho de 1921 por meio do Decreto 3.852 foi criado o serviço de Urgência e Emergência com implantação das primeiras ambulâncias. Atualmente é uma Instituição de grande porte, que atende pacientes de toda região metropolitana, dos municípios e interiores do estado do Pará, e esporadicamente de estados vizinhos, sua demanda

diária é aproximadamente de 336 atendimentos, fora as internações, no mês de outubro de 2016, foi de 10.066 atendimentos, sendo 7.418 usuários da capital e 2.648 provenientes dos municípios, prestando atendimento de urgência e emergência nas especialidades de clínica geral, neurologia, traumatologia e pediatria, de acordo com as informações colhidas no Sistema de Informação da Instituição.

**Figura 2:** Banner informativo do Comitê de Ética do HPSM-MP - Decreto 3.852 de 29 de Julho de 1921 – Instituíu o serviço de urgência e emergência.



**Fonte:** Arquivo dos Pesquisadores.

**Figura 3:** Banner informático do Comitê de ética do HPSM-MP - Cópia do Diário Oficial do Estado do Pará.



**Fonte:** Arquivo dos Pesquisadores.

### 3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As coletas dos dados foram realizadas por meio de entrevista semiestruturadas segundo metodologia descrita por Minayo (2011, pág.64) “uma entrevista com perguntas fechadas e abertas onde o entrevistado pode discorrer sobre o assunto sem se prender a indagação formulada.”.

Foram realizadas entrevistas com 11 profissionais (Técnicos de Enfermagem, Médicos, Enfermeiros e Assistente Social) que atendem na urgência e emergência do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém, Mário Pinotti, os quais foram escolhidos aleatoriamente e conforme marcação prévia, disponibilidade e aceite do profissional.

Na primeira abordagem com o profissional, foi explicado o nosso objetivo, que era a avaliação da prática de humanização da equipe atuante dentro da Instituição e para isso deveriam aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO A), concordar em participar da pesquisa de forma livre e voluntária, ter vínculo empregatício com a Instituição e permitisse a gravação da entrevista, sua compilação e posterior arquivamento.

A entrevista foi realizada com auxílio de um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), e um gravador digital (MP4). Além da entrevista, foi realizada previamente, a técnica da observação simples dos profissionais no local de trabalho destes.

As entrevistas foram realizadas na própria Instituição, durante os três turnos, no período de 07 a 14 de Novembro de 2016.

### **3.3.1. Critérios de inclusão**

Foram entrevistados, profissionais que pertencem ao quadro funcional do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém, Mário Pinotti, maiores de 18 (dezoito) anos, com mais de 6 meses de prestação de serviço e ativos que aceitaram assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e que também permitiram que a entrevista fosse gravada, além de aceitarem a divulgação dos dados coletados no meio científico.

### **3.3.2. Critérios de Exclusão**

Não foram entrevistados profissionais inativos, profissionais ativos com menos de seis meses de serviços prestados, e profissionais que se negaram assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

## **3.4. TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS**

Após a coleta, os dados foram analisados segundo os parâmetros elencados dentro do Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. (BRASIL, 2001; 2002).

De acordo com a técnica de análise qualitativa de Minayo *et al.* (2009), a análise de dados é dividida em três fases: Fase exploratória, Trabalho de campo, Análise e tratamento do material empírico e documental.

- 1- Fase exploratória: consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo;
- 2- Trabalho de campo: consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira fase. Essa fase combina instrumentos de observação, entrevistas e outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisados, levantamento de material documental e outros;

- 3- Análise e tratamento do material empírico e documental: diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo.

Nesta fase, o primeiro passo foi fazer a escuta dos áudios gravados, logo após foi realizada a transcrição na íntegra deste e por fim, a leitura exaustiva destas entrevistas para que pudéssemos partir para etapa de categorização dos resultados deste estudo. A cada entrevistado foi designado um codinome (*Agulha, Bisturi, Curativo, Dreno, Estetoscópio, Fowler, Gaze, Halstead, Insulina, Jelco, Kocher*) para que fosse preservada a integridade destes.

Em seguida, a cada entrevista, selecionou-se as falas mais importantes e adequadas para as respostas das perguntas de pesquisa e objetivos deste estudo. Após a seleção foram formuladas (4) quatro categorias em conformidade com o objetivo geral deste estudo, das quais estão descritas na sessão de resultados e discussões dos dados.

### 3.5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O aspecto ético do presente estudo iniciou-se com o compromisso dos autores em realizar esta pesquisa (ANEXO B), bem como o aceite da professora em orientar este trabalho (ANEXO C). Em seguida este estudo foi submetido à Plataforma Brasil, conforme folha de rosto (ANEXO D) e encaminhado à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará – UFPA, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém todos os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos.

Asseguramos aos profissionais antes de cada entrevista, o anonimato, informando que seriam identificados por codinomes (*Agulha, Bisturi, Curativo, Dreno, Estetoscópio, Frasco, Gaze, Halstead, Insulina, Jelco, Kocher*) que, portanto, poderiam ficar a vontade para falarem livremente. Houve permissão de todos os

sujeitos para gravação de voz, como também para que os dados da pesquisa fossem compilados e arquivados.

Ressalta-se, também, que esta pesquisa está devidamente autorizada pelo Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito, Coordenador do Centro de Estudos do Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti, de acordo com a Carta de Anuência expedida pelo mesmo, conforme (ANEXO E).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para esta etapa, os resultados foram apresentados separados por 4 (quatro) categorias, a saber:

- Percepções do conhecimento dos profissionais sobre o HUMANIZASUS;
- Aplicação da Política HUMANIZASUS no HPSM Mário Pinotti;
- Relacionamento interpessoal/ profissional no ambiente de trabalho;
- Medidas para aprimorar a humanização no atendimento da Instituição.

As categorias foram estabelecidas a partir da compactação do roteiro de entrevistas identificando nas respostas dos entrevistados seus conhecimentos quanto à sistematização do HUMANIZASUS, bem como sua aplicabilidade dentro do HPSM Mário Pinotti de Belém-Pa, buscando Identificar as ações da Política praticada pela equipe de atendimento da Urgência e Emergência, e Levantando os pontos positivos e negativos encontrados no atendimento pela Equipe de Urgência e Emergência.

### 4.1 PERCEPÇÕES DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O HUMANIZASUS

Durante a coleta das entrevistas evidenciou-se que os servidores possuem pouco conhecimento quando indagados sobre o *HUMANIZASUS*, visto que demonstraram um conhecimento limitado, uma vez que não houve uma resposta concisa, quando perguntados “o que você conhece sobre o *PNHAH* ou *PNH*?”

**Bula:** “Ótimo, no programa é ótimo sendo que, a realidade é outra coisa (...)”

**Curativo:** “nadinha”.

**Dreno:** “eu não li totalmente o protocolo de humanização eu sei que elas (comitê de humanização) fazem, elas fazem reuniões que elas fazem grupos (...)”.

**Estetoscópio:** “olha, eu não tive nenhum curso a respeito disso, mas o que eu entendo é que a gente tem que saber trabalhar com o público, ser mais humilde dar mais atenção básica pra eles, ser mais volúvel a situação deles, que eles chegam

*precisando da nossa ajuda, então eu acho que a gente tem que ver uma forma de poder ajuda-los”.*

**Fowler:** *“olha a humanização eu conheço pelo meu outro trabalho que eu trabalho diretamente, e lá a gente já teve curso e tudo mais, a humanização é você impor ao paciente que ele seja tratado da melhor maneira como se ele se sentisse em casa, recebendo a medicação, na verdade se colocando no lugar dele, colocando como se ele fosse um parente teu pra que ele saia daqui tanto como satisfeito, que ele vem procurar uma ajuda que a gente tá aqui pra dar né!”.*

**Jelco:** *“eu sei que é uma política que foi elaborada com intuito de melhorar o atendimento assistencial, né?”.*

A PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde. (BRASIL, 2010).

A humanização da assistência à saúde requer, portanto, atenção a inúmeros aspectos. Estes devem ser norteados e alinhados por uma filosofia organizacional, cujos princípios devem estar claramente estabelecidos e factíveis de serem concretizados na prática (ANDRADE, *et al.*2009).

Porém durante a observação simples da pesquisa de campo, constatou-se que alguns servidores praticam um atendimento humanizado apesar de não terem o domínio do assunto, a PNH não é olhada como uma ferramenta de trabalho, mas sim como algo que existe, porém não é aplicado, tornando seu conteúdo desconhecido.

#### 4.2 APLICAÇÃO DA POLITICA HUMANIZASUS NO HPSM MÁRIO PINOTTI

A prática da política dentro da instituição tende a apresentar como resultado “a valorização das pessoas em todas as práticas de atenção e gestão, a integração, o compromisso e a responsabilidade de todos com o bem comum” (RIOS, pág.16, 2009). Para tal valorização é primordial o conhecimento da política e sua aplicabilidade integral dentro da instituição, fato que não é tão claramente detectada nas falas dos entrevistados:

**Curativo:** *Não, você que tem que me dizer o que é isso?[...] a gente sabe com esse nome... que a senhora está falando... Humanização, só que aqui não tem [...] Na minha opinião não tem. Existe só que não é... Existe no papel.*

**Ampola:** *Ela existe, mas ela é abrangente mais para o pessoal da manhã, e tem de todos os setores.*

**Bula:** *“sim, sim! nós tentamos se não fosse muitas dificuldades que a gente tem no dia a dia, seria aplicado sim, muito mais do que é...”.*

**Gaze:** *Não sei nada sobre isso.*

**Jelco:** *“Eu não posso dizer que não exista... Existe um comitê de humanização, mas que é recente, e ainda caminha a passos de tartaruga manca, ainda não conseguiu avançar, é assim... Eles implantaram o comitê ai começa umas praticas aqui, um ali, ai de repente para, não avança...”.*

“Para sua implementação, a PNH atua nos eixos de institucionalização que operam a mudança de cultura a que se propõe.” (RIOS, 2009, pág.16) Introduzindo a humanização nas esferas governamentais.

Apesar dos entrevistados não reconhecerem, a aplicabilidade do *HumanizaSUS*, no PHSM – MP, verificou-se a existência de alguns dispositivos na ambiência dos serviços do Hospital, como banners ilustrativos com a Classificação de Risco, Sistema de chamada e escuta, Comitê de Humanização e meio de comunicação do usuário com a instituição.

A instituição também dispõe do Comitê de Humanização referenciado na cartilha do HUMANIZASUS como GTH, de acordo com os entrevistados abaixo, este não é amplamente conhecido entre os profissionais dentro da instituição, porém há instrumentos sinalizados no Hospital com a finalidade da humanização no atendimento representado pela **Figura 4**.

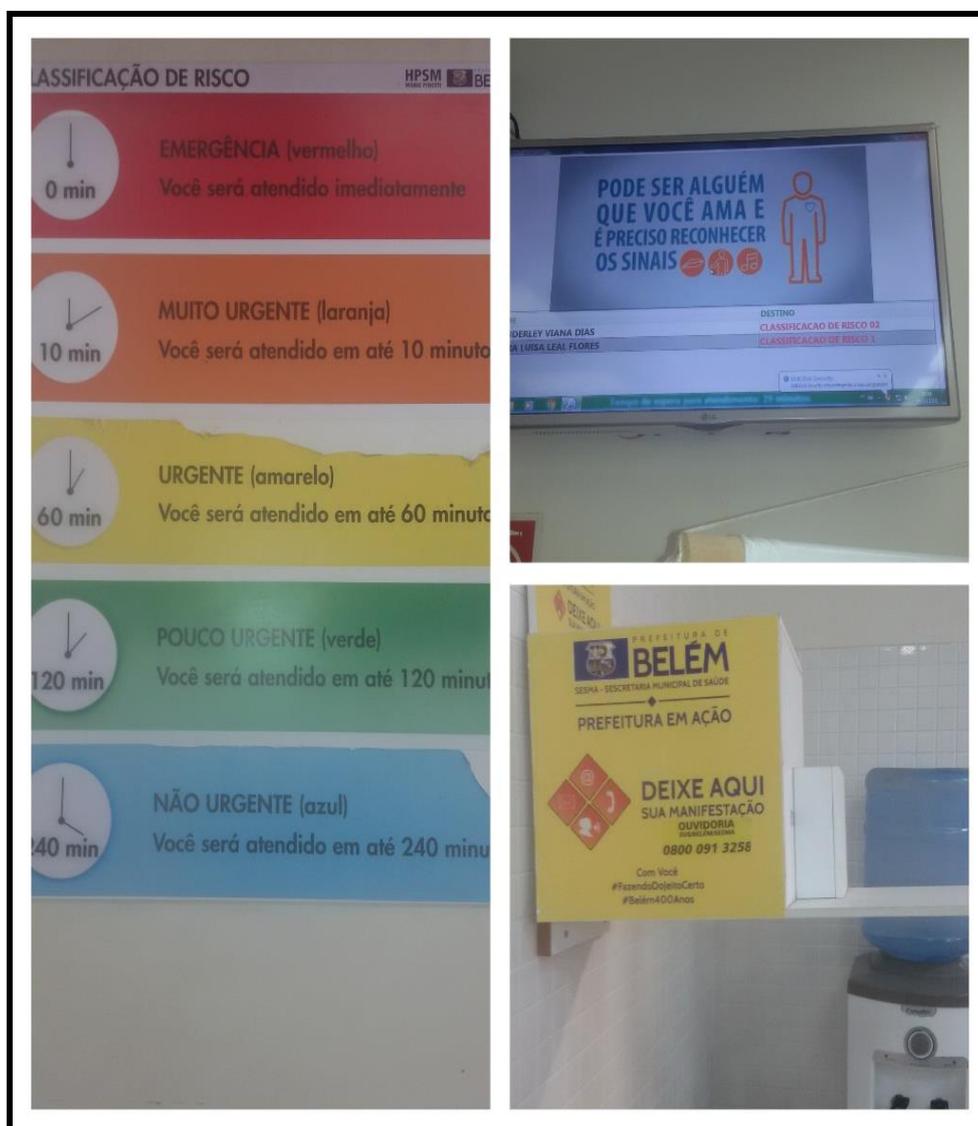
**Ampola:** *“Sim, tem uma moça lá da sesma, eles sempre vem pra cá pra dar o treinamento pro funcionários e até pros pacientes também, em relação a isso tem uns dois meses, que teve a ultima capacitação onde foi pegado servidores dos setores pra fazer as reuniões, pra dar a palestra sobre a humanização, ai nisso*

também foi criado um grupo ‘posso ajudar?’(...) É foi tirado alguns servidores que formam esse grupo e fazem o intermédio junto ao usuário quanto a necessidade dele, ai parte do enfermeiro, técnico, auxiliar, administrativo técnico (...)

**Bula:** “... Não é de meu conhecimento, e nunca participei desses grupos”.

**Kocher:** “não, parece que aqui dentro tem porque vieram chamar uns colegas aqui meu e eles foram participar...”.

**Figura 4.** Itens de mecanismos de Humanização do Atendimento disponibilizados no Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti. Belém-2016.



Fonte: Arquivo dos autores.

Segundo Ministério da Saúde (2009), o Grupo de Trabalho de Humanização-GTH é constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, (...) promover o trabalho em equipe multi e inter profissional, propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Diante das respostas obtidas, observamos que ainda falta uma melhor divulgação da Política na Instituição estudada, pois apesar de ter um Comitê de Humanização, conforme verificamos durante nossa pesquisa, os servidores desconhecem sua existência, e em nenhum momento durante a pesquisa o mesmo foi mencionado, embora tenha sido citado em algum momento da entrevista o projeto “posso ajudar” que faz parte da ampliação do acolhimento, este grupo devidamente identificado tem por finalidade auxiliar e apoiar o usuário.

Rios (2009a), afirma que o não reconhecimento da subjetividade envolvido nas práticas assistenciais no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos, disciplina autoritária, fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o desrespeito a sua autonomia e a falta de solidariedade.

Evidenciou-se, portanto que a prática destes dispositivos apresenta-se muito mais como uma norma ou regra a ser seguida, de modo que se percebe a inexistência de profissionais adequadamente qualificados e comprometidos no conhecimento para a prática efetiva e integral destes dispositivos, o que pode estar contribuindo para fragmentação do processo de aplicabilidade da humanização no atendimento.

#### 4.3. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL/ PROFISSIONAL NO AMBIENTE DE TRABALHO

“Sem comunicação não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com o nossos semelhantes”. (PESSINI, et al. 2004, pág.1). A despeito disso, MORAIS, et al (2009) afirma:

“Comunicação envolve competência interpessoal nas interações é à base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas [...] no cenário hospitalar permite um cuidar autêntico ao paciente, e não um simples tratar, porquanto permite a este exteriorizar suas necessidades na busca de soluções, com ênfase em sua individualidade, promovendo um relacionamento interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização experienciado pelo ser hospitalizado a partir de um cuidado integral, percebendo o ser humano como ser biológico, psicológico, social e espiritual e não como um ser fragmentado em seus sistemas funcionais” (MORAIS, et. al 2009).

Constatou-se que humanização resulta da capacidade de comunica-se adequadamente, de modo que nas entrevistas ouvimos queixas sobre a inexistência ou a falha na comunicação entre a maioria dos servidores, conforme os entrevistados existe a falta desta conexão dentro do HPSM Mário Pinotti, quando procuram orientações com outros colegas, ouvem resposta assim, de acordo com as falas dos entrevistados:

**Jelco:** “[...]Nós mesmos que somos profissionais, somos distratados por outros colegas[...]tem um setor aqui no hospital que é critico [...] a gente chama as pessoas ate, de ministros da educação [...] a pessoa chega lá: ‘olha minha mãe tá com dor de cabeça...DE NOVO’? ÉGUA! MAS, A TUA MÃE VIVE COM DOR DE CABEÇA [...] existe uma cultura institucional, se eu me relaciono bem com você e eu vou a seu posto, como eu tenho uma relação amigável a sua conduta comigo é uma postura já com a colega que chegou recentemente por não ter a mesma relação amigável sua reação é outra [...]”.

**Bula:** “boa, sendo que boa no sentido quando têm reuniões todo mundo se manifesta, os funcionários procuram um ao outro quando tem alguma dificuldade, nossas enfermeiras são muito boas em relação a nos orientar quando precisamos também. Principalmente com o cuidado com o paciente, a nossa humanização, quando cuidamos dele da entrada até a saída, só não é feito o que realmente não dá pra ser feito [...] devido certas dificuldade que a gente tem no nosso dia a dia”.

**Dreno:** “[...] presta bem atenção, não são todos! que fique bem claro, tem uns profissionais que precisam fazer uma boa reciclagem porque tem alguns profissionais que são bastante grosseiros [...]”

Ainda na mesma linha de considerações, Silva, et al. (2010), afirma que humanização é um modelo de produção de cuidados centrado em comunicação que articula a troca de informações e saberes, diálogo, escuta de expectativas/demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários. Portanto a comunicação é uma ferramenta relevante no processo de humanização por ser de fundamental importância para o bom andamento do processo em quaisquer relacionamentos

Constatou-se, também, o desrespeito para com os colegas profissionais e usuários, o que não pode ser justificado devido a carga horária elevada, estresse, dentre outros fatores. É simplesmente comportamental, logo, há necessidade da formação educacional dos profissionais, na busca de melhorias na humanização, possibilitando a implantação de valores e respeito à vida humana.

#### 4.4. MEDIDAS PARA APRIMORAR A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Cada sujeito participante do sistema de saúde tem sua visão própria para a efetiva melhoria da prática da humanização, é de suma importância compreender suas opiniões a respeito das falhas estruturais ou sistemáticas por eles apontadas:

**Ampola:** *“Eu acho que falta uma boa comunicação com o paciente, eu acho que tem melhorado bastante, mas tem pessoas que não se colocam ainda no lugar do outro né? [...] eu acho que a comunicação seria excelente”.*

**Bula:** *“olha, principalmente se todos os hospitais e unidades funcionassem, se funcionassem todas as unidades e hospitais no nosso interior do estado com certeza melhoraria bastante a questão da humanização”.*

**Curativo:** *“Espaço físico, as pessoas ficam no corredor na maca, não tem condições de trabalho, porque estamos administrando medicamento tem que tá se esquivando, melhor que isso papel, vai ver tu, que você ver melhor o forro que não é colocado, o banheiro, aqui era pra tá melhor e olha que tá novo”.*

**Estetoscópio:** *“gente é complicado, mexeu na ferida, mas é assim eu acho no meu ver que aqui vamos dizer, o corredor lotado, porque realmente não é só a nossa população de Belém, então a gente tem uma população muito grande eu acho que pra gente poder trabalhar um pouquinho melhor as vezes a gente precisa de mais”.*

**Insulina:** *“acho que deveria começar lá na triagem de risco já deveria ter palestra de assistente social de psicólogo com esses acompanhantes lá na sala de entrada tu tá entendendo porque se os acompanhantes eles fossem informados dos direitos deles e dos deveres principalmente eu acho que muita coisa seria evitada”.*

**Halstead:** *“pronto-socorro não é só de Belém, é do Estado como todo, então na realidade isso aqui não tem mais condição de ser o pronto socorro municipal de Belém, porque ele não atende só Belém, porque se ele atendesse só ele dava, por outro lado as unidades não funcionam ai corre todo mundo pra cá então você fica [...], é essa superlotação você vê os casos que tão ai internado é fase terminal de CA e HIV, coisas que não é pra cá, vem tudo pra cá,”*

“As pesquisas da área da psicopatologia do trabalho relacionam qualidade, saúde e segurança do trabalho. A qualidade aumenta quando há prazer do trabalhador em realizar sua tarefa. A segurança e saúde são melhores quando organização e trabalhador se preocupam com as questões de saúde ocupacional e riscos nos ambientes de trabalho”. (MELLO, 2008).

Para Benevides e Passos (2005) humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde foi para a PNH, levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas.

Em sua maioria os problemas citados pelos autores pesquisados e percebidos pelos autores da pesquisa, continuam sendo os mesmos desde a implantação do PNHAH, como a complexidade do ambiente devido a situações eminentes de urgência e a relação interpessoal da equipe de saúde/cliente, sendo esta destacada como primordial. Entende-se que a descentralização das instancias da gestão federal para estadual e para municipal proporciona maior agilidade na implantação da Política, somente se cada esfera assumir a responsabilidade que lhe cabe na área da saúde, favorecendo melhor distribuição do atendimento à demanda existente.

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo permitiu identificar a falta de conhecimento dos entrevistados quanto ao *HUMANIZASUS*, ao analisarmos as respostas obtidas nas entrevistas, pois muitos conhecem o que é humanização e até praticam em seus procedimentos, mas não sabem conceituar com coerência de acordo com a Política, limita-se a conceituar humanização como “cuidar do próximo como gostaria de ser cuidado”. Percebemos muita divergência nas respostas, quando uns afirmam que há aplicação do *HUMANIZASUS* e outros que desconhecem ou que não existe, mostrando a falta da educação continuada aos sujeitos envolvidos.

O estudo nos proporcionou fazer um levantamento dos pontos positivos dentro da instituição, pois foi possível detectar a existência de alguns dispositivos preconizados na cartilha da PNH que facilitam o atendimento ao usuário, como: Acolhimento e Classificação de Risco – ACR; Comitê de Ética que faz o papel do GTH preconizado no PNH; Visita Aberta e Direito à Acompanhante. Portanto as ferramentas existem, mas não há uma boa divulgação da Política na íntegra, abrangendo todos os servidores da Instituição.

Constatou-se a necessidade de uma reflexão mediante a precária humanização que vem sendo aplicada na Instituição estudada, devido à estrutura inadequada ou à falta de formação dos profissionais, ainda que estes apresentem boa vontade e dedicação ímpar no atendimento, pois entendemos que algumas ferramentas do *HUMANIZASUS* existem, porém os servidores não as correlacionam como dispositivos da Política com o atendimento humanizado, por que talvez sejam vistos como “normas de trabalho” a serem cumpridas e que por isso os sujeitos não citaram quando perguntados.

Em relação aos pontos negativos foi observado déficit de conhecimento dos profissionais referente à política de humanização, grande demanda de pacientes provenientes dos interiores que superlotam a instituição tornando o espaço físico inadequado para o fluxo de usuários, comunicação fragilizada pela falta de interação dos profissionais entre si, para com os usuários e gestores, a desvalorização para com o profissional seja no âmbito da educação continuada, questão financeira ou incentiva à participação efetiva na política.

A implementação desse processo de humanização é muito mais complexo e ainda levará tempo para que essa prática venha fluir, há necessidade de

envolvimento em todas as instâncias do sistema de saúde, da formação e valorização dos profissionais, trabalhar a co-gestão para que gestores, funcionários e usuários sintam a importância de sua participação, além de poderem opinar nas decisões e mudanças, pois não há ninguém melhor do que quem vivencia os problemas.

Com este estudo, entende-se que a descentralização da saúde em todas as instâncias do SUS, precisa funcionar no sentido de que cada município preste atendimento à sua população, já que aglomeração de pacientes nos corredores do HPSM é causada pelos pacientes provenientes de municípios do Estado, estes não assumem responsabilidade para com seus doentes, deixando de investir na saúde, por que dá menos trabalho comprar uma ambulância para encaminhar os adoecidos à capital, “jogando” assim toda responsabilidade com os custos para o PHSM.

Considerando que o PHSM não tem estrutura para atender nem a população da capital, porém como gesto de humanização acaba abrindo as portas e por isso culmina em ser visto como “desumano”, quando os doentes são vistos nos corredores recebendo atendimento, e essa superlotação acaba gerando mais problematização, funcionários sobrecarregados que leva ao estresse, acompanhantes no limite da paciência ou até sem, muita das vezes, e acabam desrespeitando os funcionários que estão executando seu trabalho com um único objetivo cuidar com humanização.

Mediante esta pesquisa, constatou-se que a humanização no atendimento do HPSM existe na prática da assistência prestada pelos servidores, e que a aplicabilidade da Política ainda é uma realidade distante nos atendimentos de urgências, logo é preciso uma abordagem completa envolvendo teoria e prática e um maior comprometimento dos atores e sujeitos para que a Política possa sair do papel e ser vivenciada.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M; MARQUES, E.C; CAETANO, J.A; SOARES, E; BESERRA, E.P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [internet], n.1, v.11, p.151-158. Goiás: Universidade Federal de Goiás, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, n. 20. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 02 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. **Manual de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual\\_pnhah.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhah.pdf). Acesso em 02 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos ; n. 67).

\_\_\_\_\_. **Dicas em Saúde**. Grupo de Trabalho de Humanização e Câmara Técnica. Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/177\\_grupo\\_trabalho.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/177_grupo_trabalho.html). Acesso em 02 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Caderno de Textos. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf). Acesso em: 02 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Portal da saúde. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**. 2015. *Site*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>. Acesso em 14 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Rede Assistencial. Brasília, MS, 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em 24 de março de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – CFEN. **Resolução COFEN nº 293 de 2004**. Dispõe sobre: Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Rio de Janeiro: COFEN, 2004.

FLEURY, H. J.; MARRA, M. M. (Org.). **Intervenções grupais nas Organizações**. São Paulo: Ágora, 2005.

GALLO, A.M; MELLO, H.C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Revista Fapciência**, v. 5, p. 1-11. Apucarana: 2009. Disponível em: [http://www.fap.com.br/fapciencia/005/edicao\\_2009/001.pdf](http://www.fap.com.br/fapciencia/005/edicao_2009/001.pdf). Acesso em 14 de março de 2016.

GARCIA, J.N.R; NEVES, M. L; CAMARGO, M. C. **Práticas e Saberes**. História da Enfermagem: Florence Nightingale”, 7 ed, 2º reimpressão. São Caetano do Sul: Difusão, 2012.

MACIAK, I.; SANDRI, J. V. A.; SPIE, F. D. Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: Percepção do usuário. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 14, a. 1, p. 127-135. Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2009. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/14269/9592>. Acesso em 13 de março de 2016.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MORAIS, N.S.G,COSTA, G.F.S, FONTES, D. W, CARNEIRO, D.A. Comunicação como Instrumento Básico no Cuidar Humanizado em Enfermagem ao Paciente Hospitalizado, **Acta Paulista de Enfermagem**, 2009.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. **Modelo De Gestão Em Enfermagem**. Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, pág. 561-571. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. ISSN 1678-4561.

PESSINI; L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3 Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

RIOS, I. C. **Caminha da Humanização na Saúde: prática e reflexão**, São Paulo: Áurea, 2009a.

\_\_\_\_\_. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, a. 2, p. 253–261. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, 2009.

SILVA, J. A. **A Humanização na Assistência de Enfermagem a Pacientes em Unidades de Urgência e Emergência**. Trabalho de Conclusão de Curso - TCC. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Orientadora Prof. Msc. Walquiria Lene dos Santos. 25f. Valparaíso de Goiás: FCESA, 2014.

SILVA, A. A.; BESSA, C.; LESSA, F. Política Nacional de Humanização: o contexto histórico e jurídico. **Banco de artigos do Programa de Pós-graduação de Gestão e Informática em Saúde da UNIFESP com cursos de strictu-sensu**. São Paulo: UNIFESP, 2015. Disponível em: <http://economiaemsaude.com.br/uploads/artigos-tcc/politica-nacional-de-humanizacao-o-contexto-historico-e-juridico.pdf>. Acesso em: 01 de novembro de 2016.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área da Saúde**, 2. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Questionário para avaliação da implantação do PNHAH em um hospital de pronto-socorro municipal de Belém – PA**

<b>AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS PARA HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS</b>	
<b>Nome:</b>	<b>idade:</b>
<b>Sexo:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>Cargo/Função:</b>	<b>Turno:</b>
<b>Tempo de trabalho no Hospital?</b>	
<b>Trabalha em outro local? Se sim, qual função?</b>	
<b>1. O que você sabe sobre o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar – PNHAH ou Política Nacional de Humanização-PNH?</b>	
<b>2. O PNH é aplicado na instituição? Como?</b>	
<b>3. É de seu conhecimento se a instituição possui o Grupo de Trabalho de Humanização? Você participa? Por quê?</b>	
<b>4. Como é a comunicação entre os profissionais da equipe? E com os usuários?</b>	
<b>5. Como a instituição disponibiliza oportunidade de reconhecimento do funcionário?</b>	
<b>6. Como são as áreas de conforto para descanso dos funcionários?</b>	
<b>7. Quais as condições dos equipamentos, materiais de higiene e do local de trabalho?</b>	
<b>8. Como são as Condições de apoio aos profissionais, com relação a condições de acesso ao hospital, atividades recreativas e/ou sociais Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais?</b>	
<b>9. Existe educação continuada através de Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional? Qual a periodicidade, você participa?</b>	
<b>10. Como se dá a comunicação entre os profissionais, no que diz respeito à resolução de problemas e necessidades e informações oficiais da administração do hospital?</b>	
<b>11. Quais ações de humanização são praticadas pela equipe de urgência no atendimento?</b>	
<b>12. Em sua opinião o que pode ser praticado de fato para humanizar o atendimento no SUS?</b>	

**ANEXO A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****“AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE HOSPITALAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE BELÉM- PARÁ”.**

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

O participante da pesquisa fica ciente:

**I)** Apresentação da pesquisa: Trata-se de uma pesquisa que visa avaliar a prática do atendimento humanizado dentro do Hospital possibilitando encontrar os meios de proporcionar identificar as causas dos possíveis problemas apresentados, visando a para a melhoria de um atendimento mais digno ao usuário.

**II)** Objetivos da pesquisa: Compreender a correta sistematização do humaniza-sus, bem como sua aplicabilidade em um pronto atendimento de urgência e emergência de Belém-PA.

**III)** Participação na pesquisa ou metodologia: Trata-se de estudo de campo, transversal de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, será realizada através de um roteiro de perguntas semiestruturadas para entrevistas, também será utilizado um diário de campo para registros das observações das pesquisadoras. O estudo será realizado em um hospital municipal de urgência e emergência, de grande porte, do município de Belém. A instituição atende pacientes de toda região metropolitana, dos municípios e interiores do estado do Pará, e esporadicamente de estados vizinhos, sua demanda é em média de 336 atendimentos diários, prestando atendimento de urgência e emergência nas especialidades de clínica geral, neurologia, traumatologia e pediatria. Serão realizadas entrevistas com os profissionais que atendem na urgência e emergência de um hospital de pronto atendimento de Belém, a serem escolhidos aleatoriamente e conforme marcação prévia, disponibilidade e aceite do profissional.

**IV)** Critérios de inclusão e exclusão:

a) Inclusão: Serão entrevistados profissionais do quadro funcional de um hospital de pronto atendimento do município de Belém maiores de 18 (dezoito) anos, com mais de 6 (seis) meses de prestação de serviço e ativos que aceitarem assinar o TCLE.

b) Exclusão: Não serão entrevistados profissionais inativos, profissionais ativos com menos de 6 (seis) meses de serviços prestado.

**V)** Orçamento do projeto é por meio de recursos próprios.

**VI)** O participante da pesquisa não é obrigado a responder as perguntas contidas no instrumento de coleta dos dados pesquisa;

**VII)** A participação neste projeto não irá submetê-lo a um tratamento, bem como não causará a você nenhum gasto;

**VIII)** O participante da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo a sua saúde ou bem estar físico;

**IX)** O participante o não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;

**X)** Direito a Indenização: Item 2.7 da Res. 466/12 - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa;

**XI) Garantia de Ressarcimento:** Item 2.21 da Res. 466/12 – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transportes e alimentação;

**XII) Benefícios:** O participante da pesquisa contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema;

**XIII) Riscos:** A participação na pesquisa poderá causar riscos mínimos, a exemplo de quebra de sigilo de informações, constrangimento nas abordagens, danos físicos e/ou psíquicos e dano moral; Dessa forma, a medida que adotaremos para minimizar e prevenir tais risco serão garantir o sigilo dos dados pessoais do participante e somente utilizar-se de argumentos baseados na literatura do tema durante a entrevista.

**XIV) Confidencialidade:** É assegurado aos participantes da pesquisa o sigilo, privacidade e proteção da imagem deles, assim como a não estigmatização, garantindo que as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;

**XV)** este documento deve conter duas vias iguais (assinadas e rubricadas em todas as páginas), sendo uma pertencente ao pesquisador e outra ao participante de pesquisa.

**XVI) Consentimento do participante da pesquisa:**

*Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_, e nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras sobre as dúvidas por mim apresentadas a propósito da minha participação na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.*

*Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, de livre e espontânea vontade, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento utilizem as minhas informações para fins de pesquisa científica/ educacional, podendo ainda, publica-las em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.*

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa. Se sim, anotar e-mail ou outro contato para receber o resultado. \_\_\_\_\_

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Testemunha 1:** \_\_\_\_\_  
(Nome / RG / Telefone)

**Testemunha 2:** \_\_\_\_\_  
(Nome / RG / Telefone)

**Orientadora:**

. Msc. Milena Silva dos Santos

**Contatos:** (91) 981741151 [milena\\_enfa@yahoo.com.br](mailto:milena_enfa@yahoo.com.br)

**Pesquisadores:**

**Dalila Lira Ferreira Campelo**

**Contatos:** (91) 983124887

dailalira.dl@gmail.com

**Glayce Kelly Ribeiro Maciel**

**Contatos:** (91) 983621931

Kelly.lili@hotmail.com

**Mª Charlene Farias Leão**

**Contatos:** (91) 981542861

charleneleao@yahoo.com.br

**ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR**



**BACHARELADO EM ENFERMAGEM  
TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR**

**TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE HOSPITALAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE BELÉM- PARÁ.**

ORIENTADOR: Milena Silva dos Santos

PESQUISADORES: Dalila Lira Ferreira Campelo; Glayce Kelly Ribeiro Maciel; Maria Charlene Farias Leão.

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na execução deste projeto.

---

Nome do aluno  
Pesquisador

---

Nome do Aluno  
Pesquisador

---

Nome do Aluno  
Pesquisador

---

Nome do Orientador  
Orientador Pesquisador

**ANEXOS C – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR****TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR****BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Termo de aceite do orientador

Eu, \_\_\_\_\_ professor \_\_\_\_\_ (a)

Do curso de Graduação em enfermagem da Faculdade Paraense de ensino, declaro para aceitar orientar p trabalho intitulado **AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE HOSPITALAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE BELÉM- PARÁ.**

. De autoria das alunas Dalila Lira Ferreira Campelo; Glayce Kelly Ribeiro Maciel e Maria Charlene Farias Leão.

Declaro ainda ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes segundo a comissão nacional de ética e pesquisa-CONEP e conselho Nacional de Saúde-CNS resolução Nº 466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da necessidade da minha participação da banca examinadora por ocasião da qualificação e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

\_\_\_\_\_  
Prof. Orientador

Belém-PA \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

## ANEXO D - FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO DA EQUIPE DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE PRONTO ATENDIMENTO e BELÉM, PARÁ			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 50			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: MILENA SILVA DOS SANTOS			
6. CPF: 819.591.092-00		7. Endereço (Rua, n.º): WE-82 CIDADE NOVA ANANINDEUA PARA 67140230	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (91) 8174-1151	10. Outro Telefone:
		11. Email: milena_enfa@yahoo.com.br	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>06 / 10 / 16</u>		 Assinatura <b>Milena S. Santos</b> Enfermeira COREN-PA 001.989	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-ASSUPERO		13. CNPJ: 06.099.229/0001-01	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (11) 5586-4000		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Eliane da Costa Lobato da Silva</u>		CPF: <u>579520602-44</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora de Enfermagem</u>			
Data: <u>06 / 10 / 16</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>		<b>Eliane Lobato</b> Coordenadora do Curso de Enfermagem - FAREN	
Não se aplica.			

**ANEXO E - CARTA DE ANUÊNCIA DO PRONTO SOCORRO****CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Marcus Vinicius Henriques Brito, Coordenador do Centro de Estudos do Hospital de Pronto Socorro Mario Pinotti autorizo os discentes: Dalila Lira Ferreira campelo, Glayce Kelly Ribeiro Maciel e Maria Charlene farias Leão do Curso de Enfermagem da FAPEN, realizar nesta instituição, no período 31/10/16 a 14/11/16, pesquisa de campo curricular e obrigatória para trabalho de conclusão de curso.

Belém, 26 de outubro de 2016.

*Dr. Marcus V. H. Brito*  
COORDENADOR DO CENTRO DE ESTUDOS HPSM-  
1102-9

**Marcus Vinicius Henriques Brito**

**Coordenador do Centro de Estudos do HPSM-MP**