



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

Discentes:

Nélida Cibele Delgado Costa

Patrícia Fonseca Fernandes

Telma Sofia Monteiro Nascimento

Serviço Hospitalar:

Humanização dos cuidados de Enfermagem

4º ANO

Mindelo, 8 de Julho 2013

“Memória Monográfica apresentada à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem”.

Discentes:

Nélida Cibele Delgado Costa

Patrícia Fonseca Fernandes

Telma Sofia Monteiro Nascimento

Serviço Hospitalar:

Humanização dos cuidados de Enfermagem

Orientadora:

Mestre Helena Auxilia Gomes

Mindelo, 8 de Julho 2013

Dedicatória

Dedicamos a todos aqueles que contribuíram, participaram e nos apoiaram em todas as metas, bem como as dificuldades encontradas.

Dedicamos a todos os nossos familiares pela presença constante em nossas vidas e por nos apoiarem em mais esta etapa do nosso desenvolvimento pessoal.

AGRADECIMENTOS

A todos os nossos familiares pela presença, força, dedicação, carinho e amizade.

A nossa orientadora Mestre Helena Gomes que se mostrou disponível no que se concerne a realização desta monografia.

A um amigo muito especial Benvindo Rodrigues pela colaboração na idealização deste trabalho.

A universidade do Mindelo, por garantir uma estrutura de excelência em nossa licenciatura.

A alguns profissionais de saúde do Hospital Baptista de Sousa em especial ao Superintendente de Enfermagem.

Aos nossos amigos presentes e a distância que de alguma forma contribuiu com palavras carinhosas e encorajadoras.

A nós próprios por sempre estarmos ao lado um do outro, e a Deus pela presença constante em nossas vida e pelas bênçãos dadas a cada dia.

UM MUITO OBRIGADO!

“A enfermagem é algo que se faz com a cabeça, o coração e as mãos.”

Virgínea Henderson.

RESUMO

Actualmente, apesar do avanço tecnológico e científico, sente-se a necessidade da existência da humanização no que se refere aos cuidados de saúde, focando-se crucialmente nos enfermeiros, sendo estes o agente promovedor de cuidados prestados. Neste sentido, considerou-se relevante desenvolver um estudo no âmbito dos “ Serviços Hospitalares: Humanização dos cuidados de enfermagem”, tendo como objectivo principal diagnosticar o papel da humanização dos cuidados de enfermagem no HBS (Hospital Baptista Sousa), nomeadamente nos Serviços de Cirurgia (SC), visando a melhora da qualidade dos serviços prestados e satisfação dos utentes.

A pesquisa foi realizada através da aplicação de questionários á utentes e enfermeiros do HBS, precisamente no Serviço de Cirurgia; entrevista a enfermeira chefe e observação directa. Posteriormente se trabalhou dados qualitativos e quantitativos através do softwre SPSS e Excel.

Com a pesquisa bibliográfica, foi possível analisar para melhor compreender os conceitos relacionados com a temática.

Concluiu-se que tanto os utentes como enfermeiros consideram que a qualidade dos serviços hospitalares, nomeadamente dos cuidados de enfermagem passa-se pela humanização. Verifica-se ainda que a satisfação dos utentes com os serviços de cirurgia depende da cordealidade, confiança, respeito, presteza e receptividade.

Os resultados dessa pesquisa poderá servir como fonte de informação para o Serviço de Cirurgia na adoção de novas medidas que visem melhor os cuidados de enfermagem prestados e a satisfação dos utentes.

Palavra-chave: Serviços hospitalares, Humanização, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Currently, although the technological and scientific advance, it is crucial the existence of the humanization for the health care, focusing itself in the nurses, being these the responsible of given cares. Thus, it was considered important to develop a study in the “Hospital Services: humanization of the nursing cares”, having as main goal to analyse the role of the humanization of the nursing cares in the HBS, namely in the services of surgery. The research was accomplished, through applications of questionnaires to the patients and nurses of the HBS, precisely in the service of surgery; interview to the nurse head and direct observation.

It was verified that the global welfare of the patients in the surgery services depends on the affection, confidence, respect, promptness and receptivity of the nurses.

The results of this research will be useful as source of information for the service of surgery, in the adoption of new measures, in order to improve the nursing cares given, and the welfare of the patients.

Words keys:Hospital Services, Humanization, and Nursing Cares.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema Funcional	19
Figura 2 – Conceção antiga dos serviços hospitalares.....	22
Figura 3 – Conceção actual dos serviços hospitalares.....	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Habilitações Literárias.....	49
Gráfico 2 - Anos de Serviço	49
Gráfico 3 - Classificação quanto ao Atendimento.....	50
Gráfico 4- classificação quanto Tratamento (cuidados).....	50
Gráfico 5 – Relação entre enfermeiros	51
Gráfico 6 – Relação entre Enfermeiro-Médico	51
Gráfico 9 – Habilitações académicas.....	52
Gráfico 10 – Número de vezes de internamento	52
Gráfico 11 – Local de residência.....	53
Gráfico 12 – Humanização	53
Gráfico 13 – Cuidados de enfermagem	53
Gráfico 14 – Tratamento aos utentes	54
Gráfico 15 – Origem do tratamento desigual	54
Gráfico 16– Conhecimento dos direitos e deveres	54
Gráfico 17 – Atendimento aos utentes	55
Gráfico 18 – Tratamento aos utentes	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HBS	Hospital Baptista de Sousa
CO	Conselho de Enfermagem
MS	Ministério de Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SC	Serviço de Cirurgia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SV	São Vicente
UM	Universidade do Mindelo
INE	Instituto Nacional Estatística
PNS	Política Nacional de Saúde
EC	Ensinos Clínicos
UCE	Unidade Cuidados Especiais
DIA	Diabetes
OE	Ordem dos Enfermeiros
HBS	Hospital Baptista de Sousa
CO	Conselho de Enfermagem
MS	Ministério de Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SC	Serviço de Cirurgia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SV	São Vicente
UM	Universidade do Mindelo
INE	Instituto Nacional Estatística
PNS	Política Nacional de Saúde
EC	Ensinos Clínicos
UCE	Unidade Cuidados Especiais
DIA	Diabetes
OE	Ordem dos Enfermeiros

Índice

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE GRÁFICOS	10
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
INTRODUÇÃO.....	13
Justificativa.....	15
Situação problemática	16
Objectivos.....	17
Hipótese da Investigação.....	17
Estrutura da Investigação	17
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 Serviços Hospitalares	20
1.2 Cuidados de enfermagem.....	26
1.3 Humanização nos cuidados de enfermagem	28
CAPITULO II – METODOLOGIA	41
2.1 Tipo de Pesquisa	41
2.2 População e Amostra.....	42
2.3 Métodos, coleta de dados.....	43
CAPITULO III– ESTUDO DE CASO.....	46
3.1 Caracterização do Hospital Baptista de Sousa	46
3.2 Apresentação/Análise dos Dados e Resultados.....	49
3.3 Limitações do Estudo.....	59
3.4 Recomendações.....	59
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS.....	69

INTRODUÇÃO

A sociedade actual baseada e orientada pelo conhecimento e marcada pelas mudanças constantes dos efeitos da globalização e das novas tecnologias, evidencia a necessidade de uma nova postura dos profissionais, que seja pautada pela ética e responsabilidade social.

Neste ambiente competitivo cabe a todas as organizações, quer públicas ou privadas apostar em novos valores e redefinir os seus objectivos no meio ambiente onde exercem a sua actividade. Segundo Peter Drucker, apud de Chiavenato (2008), os principais objectivos devem ser orientados para a inovação, a excelência na prestação dos serviços ou dos bens, a competitividade e a sustentabilidade das mesmas no ambiente onde estão inserido. É evidente que está nova postura depende do capital intelectual que compões a organização, pois é o conjunto de conhecimento e competências detidas pelos colaboradores que definem em certa medida a capacidade da organização de crescer e manter a sua posição no mercado a longo prazo.

No que concerne as organizações hospitalares essa mudança acarreta responsabilidades para todos os colaboradores: enfermeiros, médicos, auxiliares, pessoal administrativo entre outros e passa por uma postura humanística no tratamento do cliente interno e externo das referidas organizações.

Nesta perspectiva Mezzomo (2001: 276) apud. de Matsuda e tal(2003) afirma:

“Hospital ‘Humanizado’, portanto, é aquele em que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

A estrutura burocrática adoptada na gestão dessas organizações condicionava as relações interpessoais e enfatizavam a realização da tarefa em si fundamentada na capacidade técnica do profissional de saúde, em detrimento das necessidades do cliente-utente e conseqüentemente da percepção da qualidade por parte do mesmo. Contudo, as novas condições ambientais onde os utentes têm acesso fácil as informações relacionadas com a saúde, e por isso, mais consciente e exigente dos seus direitos e dos deveres das organizações hospitalares, é necessário uma mudança de paradigma¹ nos cuidados prestados, nomeadamente do enfermeiros. O enfoque deve ser direccionado aos clientes/utentes visando a satisfação das necessidades, desejos e expectativas.

É neste âmbito que actualmente em muitos países aposta-se numa nova postura dos profissionais de saúde, aliando a capacidade técnica e a capacidade humana, tratando assim o utente de forma holística, isto é, do ponto de vista físico e psicossocial. A esse fenómeno tem-se dado a designação de humanização.

Para Rodrigues (2011:145), a humanização vem sendo algo essencial nas acções dos profissionais de saúde, nos programas e projectos que envolvem acções de educação, promoção e prevenção em saúde, sendo imprescindível realçar a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e do sofrimento, principalmente no âmbito hospitalar.

Nesta nova visão, destaca-se o enfermeiro como sendo a figura primordial na relação terapêutica hospital-utente, na medida em que zela pela transmissão de confiança, dignidade e respeito ao utente no que concerne ao tratamento físico e psicológico, bem como a promoção de uma imagem positiva da organização hospitalar no seio da família e comunidade, através das suas condutas profissionais.

Na opinião de Carvalho (1996:25), a enfermagem é sensível à educação de valores, na medida em que procura conhecimentos que se identificam com normas e se aplicam no exercício das competências profissionais, promovendo, o espírito de cuidar o homem doente, de combater o hospitalismo psicológico e de saber escutar as agonias, bem como inculcar confiança na medida em que o homem nunca esta só no mundo.

Conforme Sousa (cit. in Carvalho, 1996:25)," para a enfermagem há uma identidade, uma necessidade de tratar todos os seres com a ternura que se tem por si próprio." Portanto, na nossa perspectiva entendemos que no seio hospitalar torne-se necessário a existência de enfermeiros devidamente capacitados para lidarem com os utentes, e que sejam capazes de terem gestos nobres para com os mesmos, mas também cooperar com outros profissionais, transmitindo valores que promovem acções integradas de humanização no seio hospitalar, nomeadamente no que diz respeito ao conforto.

¹ Paradigma segundo Wilber, *cit in* Bervique (2005:2) é um conjunto de princípios cognitivos inconscientes e pressupostos que definem o tipo de dados que somos capazes de ver em primeiro lugar.

"o conforto é vivido como parte integrante do cuidado, é experimentado como uma forma de manifestar cuidado pela pessoa, de atingir um objectivo nuclear desse mesmo cuidado. É contribuir para o melhor bem-estar, sensação de segurança, tranquilidade e alívio." (pag 5)

Em Cabo Verde, muito se tem feito nas últimas décadas para melhorar o sistema de saúde, mais concretamente investimentos realizados a nível de infra-estruturação e equipamentos, de desenvolvimento e formação do pessoal médico e enfermeiro, do sistema de comunicação, da rede de estruturas sanitárias entre outros. Destaca-se por exemplo melhorias no rácio enfermeiro/habitante que segundo dados do INE, em 1997 era de 1/1.807 em 2006 passou a ser de 1/1.034 e em 2009 situa-se em 1/991.

Por outro lado o PNS (Política Nacional de Saúde) considera como valor fundamental do sistema de saúde a salvaguarda da dignidade humana e a solidariedade entre todos.

Não obstante os factos mencionados, ainda persistem falhas que comprometem a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados que na maioria dos casos ultrapassam as questões técnicas.

No que respeita ao Hospital Baptista de Sousa, em São Vicente, a questão de humanização reside ainda sob forma de projectos visando a melhoria nos cuidados de enfermagem. Percebe-se pelos constantes argumentação dos utentes do HBS e pelo relato da experiencia dos mesmos, que é latente a necessidade de um atendimento e tratamento humanizado, principalmente na internação, pois o atenção dispensada pelos médicos e enfermeiros e outros profissionais de saúde de forma integrada e sistematizada, tem reflexos positivos na cooperação e recuperação dos doentes com ganhos significativos para os profissionais e para as próprias instituições de saúde. Assim, o papel do enfermeiro da HBS deve ser preponderante na integridade física e psicossocial dos utentes, principalmente os oriundos de outras ilhas e que carecem de necessidades especiais. Ainda não esta sistematizada.

È neste âmbito que se pretende desenvolver o presente trabalho de pesquisa intitulado Serviços Hospitalares: Humanização dos Cuidados de Enfermagem, realizado sob forma de um estudo de caso no serviço de Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa.

Justificativa

A escolha desta temática deste trabalho de investigação vai de encontro com as experiências observadas durante os Ensinos Clínicos no Hospital Baptista de Sousa e perante as vivencias pessoais, familiares e sociais. Portanto, nem sempre a forma que são

prestados os cuidados de enfermagem vão de encontro ao respeito e a dignidade humana, pois com frequência verifica-se relatos configurados como queixas, dando a entender a necessidade de um atendimento mais humanizados nos cuidados de enfermagem. Outro aspecto que reforça a nossa escolha é que actualmente torne-se necessário aumentar os conhecimentos sobre a temática, para que os enfermeiros possam desenvolver uma visão holística, conciliando a humanização com os cuidados de enfermagem.

Esta escolha pretende-se demonstrar a importância da prestação de cuidados humanizados, bem como a sua implicação na recuperação e satisfação do cliente/ utente, facto este que ainda não está sendo implementando nos serviços hospitalares em HBS. O cuidado humanizado segundo Pessini e Bertachini (cit. in Zanardo et al., 2004:1), "implica no saber cuidar de forma empática, reconhecendo o verdadeiro significado da vida, compartilhando experiências e vivências para o melhoramento de suas acções pelo cuidador."

Com as características adquiridas no processo de evolução, humanizar no hospital significa muito mais que tornar humano. Passa a ser uma acção solidária que promove o cuidar, colocando o serviço em função de gente com a intenção de garantir um atendimento de qualidade superior. Consequentemente, o "cuidar humanizado" amplia a concepção de qualidade porque o cuidador se apresenta como alguém dinâmico, disposto a acolher e a prestar assistência com sensibilidade, com solidariedade, com ética e competência profissional (Lousada, Stang e Calabrez, 2001:3).

Na prática pretende-se inculcar no seio da classe dos enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa novos valores e normas de conduta de interagir com o cliente/utente, especialmente no serviço de Cirurgia mas também no seio familiar.

Situação problemática

Como sabemos, o cliente hospitalizado é um ser único, que está num momento de vulnerabilidade, pois o seu bem maior - a vida - pode estar ameaçado. Este utente requer uma assistência segura e humanizada, além de competente no aspecto técnico-científico, para que os seus direitos sejam totalmente resguardados.

Segundo o Ministério de Saúde de Cabo Verde (2006:4), afirma que têm-se tendendo promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde reafirmando a estratégia dos cuidados primários de saúde, melhorar o desempenho das estruturas profissionais, melhorar a gestão de recursos, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento, em que o objectivo principal é a batalha para a qualidade e satisfação das necessidades do utente.

Esta preocupação com a humanização do hospital envolve diferentes aspectos, que

se referem não só ao cuidado de enfermagem prestado e ao tratamento de sua doença, mas também como proporcionar um ambiente que contribua para que o cliente e sua família sintam-se seguros e confortáveis.

Neste sentido, formulou-se a seguinte pergunta de partida: Qual o papel da humanização nos cuidados de enfermagem na satisfação dos utentes, especificamente no serviço cirúrgico da HBS?

Objectivos

Deste modo, a investigação preconiza os seguintes objectivos:

Geral:

- Diagnosticar o papel da humanização dos cuidados de enfermagem no HBS, nomeadamente nos serviços de cirurgia, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados e satisfação dos utentes.

Específicos:

- Compreender o processo de humanização na assistência de enfermagem, através da revisão bibliográfica;
- Analisar as práticas dos cuidados de enfermagem no Serviço de Cirurgia de HBS;
- Identificar os entraves e desafios ao processo de humanização na prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Cirurgia;
- Sugerir estratégias de humanização dos cuidados de enfermagem nos serviços de cirurgia do HBS com fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Hipótese da Investigação

Os serviços humanizados de enfermagem na área de cirurgia do HBS contribuirão para a rápida recuperação dos doentes e melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Estrutura da Investigação

O presente trabalho está estruturado em 3 capítulos, para além da introdução e a conclusão. No primeiro capítulo procedemos a realização de literatura concernente, procurando contextualizar e justificar a nossa pesquisa. Está estruturada em três partes: na primeira procurámos esclarecer e fundamentar alguns aspectos pertinentes referentes a humanização; na segunda abordamos os serviços hospitalares, relativamente, o seu conceito, evolução, tipos e a sua interligação com a humanização; no terceiro foca-se nos cuidados de enfermagem.

No segundo capítulo, iniciamos por proceder a metodologia do trabalho realizado, descrevendo o cenário em que a investigação foi criada e configurada, bem como explicitaremos o tipo da pesquisa e a técnica utilizada. São também apresentados e analisados nesta parte os resultados obtidos.

Por último prosseguimos com a discussão, iniciando com a caracterização do HBS, focando no Serviço de Cirurgia.

Em suma, esta monografia tem como objectivos essenciais traçar aspectos mais relevantes que se entrelaçam com a abordagem da Humanização dos Cuidados de Enfermagem, promovendo a sua compreensão de acordo com a nossa realidade em que encontramos inseridos.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Enquadramento teórico ou fase conceptual caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação (Silva, 2011:23).

Tendo em conta os objectivos gerais do trabalho, procura-se fazer um apanhado geral da bibliografia pertinente e disponível, de modo a esclarecer e fundamentar os principais conceitos teóricos que amparam o presente trabalho de investigação. Assim, neste capítulo pretende-se fazer uma abordagem pelos seguintes conceitos básicos: serviços hospitalares, a humanização e os cuidados de enfermagem.



Figura 1 – Esquema Funcional

Fonte: Própria autoria

1.1 Serviços Hospitalares

Para abordar o conceito e evolução dos serviços hospitalares é premente debruçar sobre o conceito e função dos hospitais. A palavra hospital tem origem no latim, advém da palavra “hospitale” que significa aquele que dá agasalho ou que hospeda (Santos; 2007:28). Nesta perspectiva, Cherubin *cit. in* Minotto (2003:54), refere que os hospitais foram construídas inicialmente, para dar abrigo aos pobres começando “(...) depois a hospedar os peregrinos passando, finalmente, a atender também os acometidos de peste”. Refere ainda, que na face evolutiva dos hospitais, estes se limitava a uma medicina puramente curativa, não tendo qualquer preocupação pela profilaxia, ensino e pesquisa. De qualquer forma, filmava-se o conceito de hospital como sendo uma instituição dedicada ao tratamento de pessoas enfermas.

A visão do Hospital enquanto entidade de assistência Médica tem a sua origem á partir do ano 360 d.C., sob a influência dos valores do cristianismo, quando surge a primeira entidade hospitalar sob o lema “amar o próximo como a si mesmo”. Embora este conceito tenha implícito a idéia empírica da humanização, na realidade essas organizações prestava assistência, diagnóstico e tratamento ao doente.

Com o desenvolvimento da Medicina, os hospitais vão assumindo outras características que ultrapassa a natureza curativa introduzindo actividades de natureza preventiva e educacional. Neste sentido, a OMS conceitua o hospital como um elemento organizador de carácter médico-social cuja função consiste em assegurar assistência Médica completa, curativa e preventiva á população, cujos serviços externos se irradiam até á célula familiar considerada em seu meio, isto é um centro de medicina e de pesquisa biossocial. Deste modo, entende-se que o hospital deva actuar em todos os serviços de saúde desde a prevenção até a reabilitação. Neste conceito está presente a preocupação e a importância da humanização pois, o hospital não pode se isolar da comunidade a que pretende-se servir, e nem cuidar do utente somente na perspectiva patológica mas realçando o seu carácter bio-psico-social.

Do exposto anteriormente, pode-se aferir que o hospital desempenha fundamentalmente as seguintes funções:

a. Preventiva:

- Supervisão da gravidez normal e nascimento da criança;
- Supervisão do crescimento da criança;
- Controle das doenças transmissíveis;
- Educação sanitária;
- Saúde ocupacional;

b. Restaurativa:

- Diagnóstico, ambulatório e internação;
- Tratamento da doença: curativa e paliativa, envolvendo os procedimentos;
- médicos, cirúrgicos e especiais;
- Reabilitação: física, mental e social;
- Cuidados de emergência: acidentes e doenças (mal súbito);

c. Ensino:

- Formação de técnicos de nível médio e graduação médica/paramédica;
- Pós-graduação: especialização á praticantes em geral;
- Interessados em Medicina Social;
- Outras profissões correlatas;

d. Pesquisa:

- Aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença;
- Práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

Efectivamente, o hospital é uma organização complexa em constante interacção com o meio e focalizada na satisfação dos interesses e necessidades do utente em todas as suas dimensões. Em consequência disto, o atendimento do sistema hospitalar deve ser especial requerendo dos seus profissionais uma preparação na área de humanização a fim de cumprir com o propósito fundamental que os estatutos do HBS traduzem-se em atender e tratar, em tempo útil, com eficácia, eficiência, efectividade, equidade e qualidade, a custos socialmente comportáveis.

1.1.1 Conceito e evolução dos Serviços Hospitalares

Segundo Elias (2011), "são considerados serviços hospitalares aqueles prestados por estabelecimentos assistenciais de saúde que dispõe de estrutura material e de pessoal destinada a atender internação de pacientes, garantir atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipa clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestado por médicos, que possuam serviço de enfermagem e atendimento terapêutico directo ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e/ou parto, bem como registos médicos organizados para rápida observação e acompanhamento dos casos."

Já na opinião de Mckenzie (2006), os serviços hospitalares consiste em todo o tipo de serviço médico ou cirúrgico bem como os serviços de suporte laboratoriais e equipamentos pessoal que concorrem para a missão do hospital ou sistema hospitalar. Assim, os serviços

hospitalares cobrem um grande leque de ofertas médicas que vão desde os serviços básicos de saúde, treinamento e pesquisa até os serviços com bases tecnológicos prestados por instituições como institutos e universidades focalizadas na saúde.

Direccionar os serviços hospitalares para a satisfação das necessidades dos utentes e da comunidade onde se insere, é a palavra de ordem. É neste sentido que se pretende analisar a evolução dos serviços hospitalares.

Na concepção antiga, que surge a partir do século XVIII, o médico é a figura central dos serviços hospitalares. De acordo com Borba apud Silva (1989), nesta concepção o relacionamento da troca é feita de forma directa com o hospital, colocando os seus serviços a disposição da comunidade, e esta se servindo a medida que necessitava, sempre influenciada directamente pela pessoa do médico. Do exposto, pode-se realçar que esta concepção está enquadrada no modelo biomédico, na medida em que foca na doença e não no utente abrangendo os factores biológicos como etiologia das doenças e faz com que os tratamentos fiquem limitados apenas a medicina.

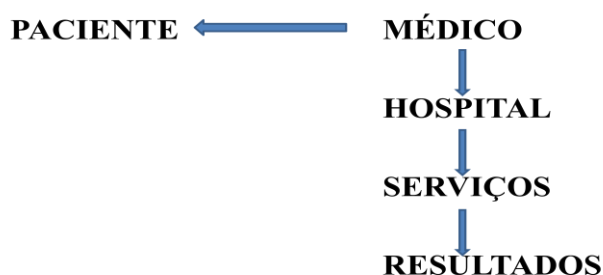


Figura 2 – Concepção antiga dos serviços hospitalares.

Fonte: Administração hospitalar, Borba 1989 apud de Silva.

Esta concepção pode ser considerada uma das grandes condicionantes no atraso de aplicação de processos de humanização nos cuidados de saúde. Pois, a criação e a prestação dos serviços hospitalares dependiam do médico, nomeadamente a especialidade e interesse pessoal de pesquisa do médico, descurando muitas vezes das necessidades do utente e de um tratamento holístico para os mesmos, visando a sua satisfação.

Contudo, devido a efeitos de factores como evolução tecnológica, a globalização e divulgação de informação, as exigências dos utentes vem editando uma mudança de postura nos serviços hospitalares, colocando o utente como o centro de todas as atenções a nível da saúde. Esta nova visão enquadra-se na concepção do modelo holístico que visa abordar o ser humano no seu todo e não isoladamente, visto que procura a satisfação e compreensão do indivíduo na assistência no tratamento, na prevenção, considerando-o

como corpo, mente e espírito e não como partes isoladas.

Nesta perspectiva, Silva (2008:227) considera que o utente é o centro de todo os serviços hospitalar, procurando responder as necessidades individuais de cada utente, proporcionando-lhes um melhor bem-estar possível, tranquilidade assistencial a população e cumprindo com a sua função básica, que é garantir saúde para todos.

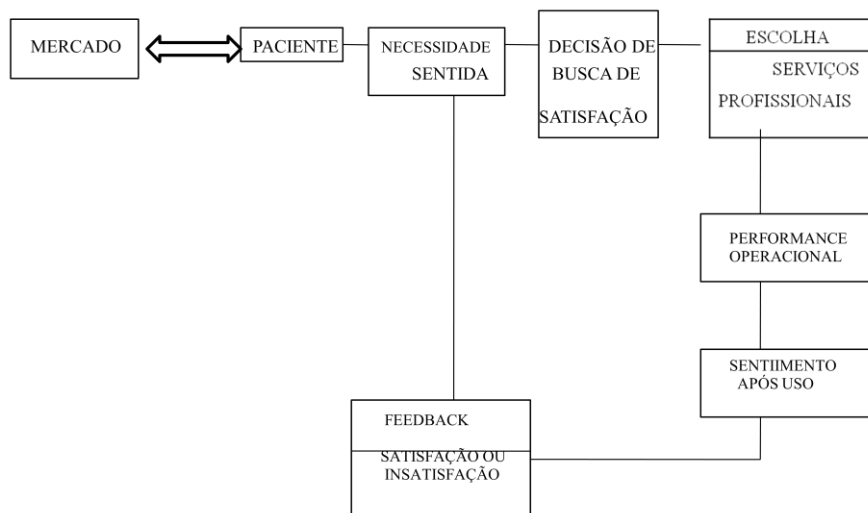


Figura 3 – Concepção actual dos serviços hospitalares.

Fonte: Administração hospitalar, Borba 1989 apud de Silva.

Portanto, a nova abordagem assente-se num contexto mais amplo que vai além de tratar a doença em si, proporcionando outros tipos de benefícios e segurança, bem-estar e conforto, recorrendo á outros serviços para além dos agregados na medicina.

Em suma, pode-se aferir que com a evolução dos serviços hospitalares, aumentou o grau de exigência dos utentes, numa perspectiva crescente de melhoria da qualidade dos serviços prestados. Presentemente, o paradigma é produzir mais e melhor, proporcionando maiores índices de produtividade e de qualidade dos serviços prestados a nível de saúde.

Segundo o Ministério de Saúde *cit. in* Ferreira (2006:46), “o hospital constitui um sector estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde. Trata-se de um estabelecimento de saúde de elevada diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia, desenvolvendo a sua actividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação em regime de internamento ou de ambulatório”. Enquadram-se nas organizações mais complexas da sociedade moderna e caracterizam-se pela divisão do trabalho e por um vasto e minucioso leque de aptidões técnicas. Desenvolvem a sua actividade num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza, nível e diferenciação diferentes,

interactuando com praticamente todas as expressões do tecido social e da sociedade civil. A relevância individual e social da sua actividade determina uma exposição sem paralelo, implicando, por partes dos seus profissionais enorme responsabilidade sobre os resultados dos cuidados prestados (Ferreira; 2006:47).

1.1.2 Tipos de Serviços Hospitalares

Os serviços oferecidos pelos hospitais variam de acordo com a natureza dos mesmos. Estes podem ser de atendimento a casos graves, tais como serviços de emergências, ortotraumatologia, cirurgia de emergência atendimento de cirurgia, unidade de queimado, podendo ser apoiado por serviços especializados, tais como cardiologia, terapia intensiva, neurologia, ginecologia e obstetrícia e oncologias.

Os serviços hospitalares são geralmente os mais gerais dentro dos serviços de saúde. Englobam vários serviços, oferecidos por organizações hospitalares. Deste modo, segundo McKenzie, os serviços básicos oferecidos pelos hospitais são os seguintes:

- Medicina cirúrgica;
- Saúde Materna e obstetrícia;
- Saúde infantil e pediatria;
- Saúde Mental;
- Reabilitação;

Refere ainda a um conjunto de serviços específicos e auxiliares que complementam os serviços hospitalares, nomeadamente:

- Serviços de Pediatria;
- Serviço de fisioterapia;
- Serviço de consulta de nutrição;
- Serviços de consulta de genética;
- Serviços sociais;
- Serviços financeiros e administrativos;
- Serviços de psiquiatria;

Contudo, os hospitais fundados pelo estado ou por poder local, os serviços hospitalares são baseados nas necessidades dos utentes e incluem:

- Cuidados primários;
- Serviços de psiquiatria;
- Serviços de ambulatório;
- Doenças infecciosas;

Portanto, os hospitais possuem uma grande vastidão de serviços desempenhados por uma diversidade de profissionais que se interagem entre si de forma interdisciplinar para

garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

O Hospital Baptista de Sousa possui diversos tipos de serviços hospitalares na qual existe os serviços de ambulatorios e os de internamento em que cada um possui funções diferentes para a satisfação das necessidades humanas fundamentais dos utentes/clientes. Apesar de falta de recursos humanos e materiais, cada um desses serviços dessa Instituição encontra-se capacitado para realizar vários tipos de procedimentos necessários, contribuindo para a intervenção, educação e promoção da saúde e do bem-estar da população (usuário/família/comunidade), primorando sempre a segurança dos clientes internos, como dos externos.

Segundo dados obtidos, os Serviços que compõem a Instituição do Hospital Baptista de Sousa em relação aos serviços de internamento, totalizam-se nove serviços:

Serviços de internamento	Serviços de ambulatório
<ul style="list-style-type: none">• Serviços de Pediatria;• Orto-traumatologia;• Quartos Particulares;• Serviços de Medicina;• UCE (unidade de cuidados especiais);• Serviço de Maternidade;• Serviço de Cirurgia;• Serviço de Tisiologia;• Serviço de Saúde Mental;	<ul style="list-style-type: none">• Dois Bancos de Urgência (o dos Adultos e o das Crianças);• Banco de Tratamento;• Banco de Sangue;• Dois Blocos Operatórios (um Geral e o de Ginecologia);• Laboratório;• Farmácia;• Serviço de Imagiologia;• Central de Consultas;• Serviço para os DIA - diabetes;• Serviço de Anatomopatologia;• Oncologia;• Serviço de Esterilização;• Oficina de Manutenção;• Serviços Administrativos;• Biblioteca;

	<ul style="list-style-type: none">• Lavandaria;• Cozinha;
--	--

Os Bancos de Urgência, são a primeira interface directa entre o utente/família/comunidade, onde é exigido um atendimento rápido, eficaz e agil principalmente nas situações de risco para a saúde, onde existe um sistema de triagem de prioridades, baseada em critérios de gravidade e não por ordem de chegada permitindo sempre um atendimento seguro.

No que se refere as enfermarias, todos os procedimentos realizados vão de acordo com os protocolos existentes no respectivo serviço, no que diz respeito á administração de terapêutica, curativos (dos pensos limpos para os mais sujos), tratamentos invasivos, higiene, alimentação, posicionamento, esterilização de materiais, entre outros.

1.2 Cuidados de enfermagem

1.2.1 Origem e evolução dos cuidados de enfermagem

Desde do início da história da humanidade que o cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao “ ser humano” inserido numa comunidade. Assim, compreende-se que, “ (...) durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam á um ofício, menos ainda á uma profissão. Cuidar, dizia a qualquer pessoa que ajudava outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida, a vida do grupo e da espécie; sendo este o fundamento de todos os cuidados (Ferreira, Pontes e Ferreira; 2009:360).

Antigamente, a prestação de cuidados era associado á mulher; a partir da idade média, a identificação da prática de cuidados altera-se, passando estes a ser desempenhados pela mulher consagrada. Esta, que presta cuidados, renuncia ao mundo e dedica toda a sua vida á Deus, á Igreja, aos pobres, aos humildes e aos indigentes (Ferreira, Pontes e Ferreira; 2009:360).

Nos finais do século XIX, Florence Nightingale determina todo o rumo da enfermagem, com a profissionalização da mesma, pois de acordo com Cruz *et. al, cit in* Ferreira, Pontes e Ferreira, (2009:360) Florence Nightingale (1820-1910) representa o fim de actividade de enfermagem empírica e exclusivamente vocacional. Á ela se deve a profissionalização de enfermagem (...) organização da profissão, á educação formal dos

enfermeiros.

Cuidar em enfermagem pressupõe um cuidar científico/profissional baseado na disciplina de enfermagem e mais orientado para o que é feito com ou em nome da pessoa e menos para o que é feito á mesma ou para ela (Ferreira, Pontes e Ferreira; 2009:360).

Os enfermeiros trabalham nos três níveis de saúde, promovendo-a, e assegurando a prevenção de doenças pois, segundo Waldow (1998) o cuidado voltado para a enfermagem engloba o processo de saúde, de adoecimento, de invalidez, de empobrecimento, pois ele busca promover, manter ou recuperar a dignidade e a totalidade humana. Waldow (2004) lembra ainda que a enfermagem é cuidadora em sua essência e foi a primeira a profissionalizar o cuidado.

Segundo o autor Hesbeen (1997:69), “os cuidados de enfermagem traduzem-se na atenção particular prestada por uma enfermeira ou enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Engloba tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permite oferecer suportes de práticas de enfermagem que contribuem para a serenidade às pessoas através de conforto, doçura, calor e a atenção dispensada.

Pois, como enfatiza Bedner (2001:8), os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se:

- ao longo de todo o seu ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação;
- satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima dependência na realização das actividades da vida;
- adaptação funcional aos défices e a adaptação á múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Por este motivo, podemos dizer que o enfermeiro desenvolve um papel essencial, com uma dedicação plena na visão holística dos utentes, estejam eles padecendo de qualquer patologia e que os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, onde utentes/família/comunidade confiam e estabelecem confiança para com eles, vão encontrar-se numa posição para promover o bem-estar do utente, isto é será possível avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar também se a terapêutica administrada realmente entre em concordância com o organismo do utente.

De acordo com Corbani *et al.* (2009:353):

“Cuidar não é somente um procedimento técnico de enfermagem, no qual triunfa o

aspecto técnico - científico - embora este tenha um papel indispensável, mas é principalmente usar da minha humanidade para assistir o outro - como ser único, em sua dignidade. Logo, cuidar está apoiado na relação Eu - Tu." Portanto, actualmente note-se que apenas o cuidar em si não globaliza a satisfação do cliente/doente enquanto pessoa, o que torna necessário a urgente emancipação de um cuidado humanizado.

1.2.2 A pessoa no centro dos cuidados de enfermagem

Segundo Bedner (2001:6), a pessoa é um ser social e age intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crença e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...) esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa, assim a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível.

No cuidar da pessoa há que levar em conta todas as vertentes que está na implicação da construção da sua identidade como um ser humano holístico que se encontra vulnerável por não conseguir executar todas as suas necessidade humanas fundamentais. Cuidar da pessoa, não implica apenas fazer, mais sim, de um modo geral, capacitá-lo mediante as necessidades pontuais, a ser autónomo no desempenho das suas necessidades.

Os cuidados centrados na pessoa implicam a partilha da responsabilidade com a pessoa em aspectos tão importantes como o auto-cuidado e o acompanhamento da terapêutica juntamente com as ferramentas e o suporte de que necessitam para realizar essa responsabilidade e asseguram que as transições entre os prestadores de cuidados, departamentos e instituições de saúde são respeitadas, coordenadas e eficientes (Lopes; 2011:17).

Henderson (2007:10) realça como princípios básicos dos cuidados de enfermagem educação, prevenção e promoção. (...) É munir as populações com um eficiente apoio e acção educativa de enfermagem, salvará o mundo, o ser humano e a economia de depender exclusivamente da tecnologia, da promessa não cumprida de os aliviar das doenças, que podem ser prevenidas e geridas de um modo mais eficiente e eficaz. Pois, são muitas as ferramentas de cuidado que o enfermeiro enquanto cuidador pode utilizar mediante a perspectiva de cada ser, enquanto pessoa único.

1.3 Humanização nos cuidados de enfermagem

1.3.1 Conceito

São vários os conceitos da humanização de enfermagem defendidos por diversos actores, no qual cada um defende o seu ponto de vista mediante a realidade e ao objecto de

estudo.

De acordo com Bazon *et al* (*cit. in* Silveira et al, 2009), "a humanização é a principal característica de uma administração eficaz e deve ser vista como objetivo primordial de qualquer profissional prestador de serviços em saúde. O foco dessa filosofia é o bem-estar físico, psíquico, social e moral." Como se pode comprovar este conceito enfatiza o papel de humanização dos serviços de saúde, já numa outra perspectiva, Bermejo (2008:44), conceitua a humanização enfatizando a empatia do profissional, assim para o mesmo autor, Humanizar consiste:

“Em tomar consciência de si mesmo, da própria condição que nos permite colocar, de alguma maneira, fora da natureza e perguntar-se sobre ela e sobre si mesmo em meio a ela”.

Diante da definição de Bazon e Bermejo, é possível aferir que uma complementa a outra criando uma visão holística da humanização, pois esse processo implica o envolvimento tanto da administração como dos técnicos que estão em permanente contacto com o utente, em que o sujeito só consegue cuidar do outro quando sair da sua própria natureza física, para então consciencializar sobre o meio em que vive e como deve lidar com ela, seja em qual for a situação/espço.

Nos serviços hospitalares, deparamos que os cuidados de enfermagem dedicados aos clientes/utentes não possuem qualquer "toque" de humanização pois este, na sua maioria, são cuidados somente a doença do utente e não o utente com a doença, esquecendo dos seus medos, os seus receios, as suas angústias, a falta de informação, a despersonalização, entre outros. É preciso ver o homem (cliente/utente) como um "todo", em constante interacção com o ambiente dinâmico.

Knobl (1998) apud Madsuda *et al* (2003), centrando nas condutas de pacientes graves, enuncia que a humanização é um antigo conceito que renasce para valorizar as características do género humano através de uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos próprios limites a serem transpostos. Ainda no processo de humanização do cliente pela enfermagem Santana e Sousa (2000), referem que não há regras nem fórmulas que o tornem viáveis, porque ele depende fundamentalmente da conscientização da sua importância.

Geralmente, o respeito e a humanização são abordados na teoria como preocupações fundamentais dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros. No entanto, no que concerne ao atendimento a saúde, nem sempre esses conceitos são colocados em prática no dia-a-dia nos serviços hospitalares. Pode-se dizer que é por isso que muitos utentes vivem do medo, das precauções, da apatia, da banalização da dor, quando se encontram numa instituição hospitalar.

A qualidade do exercício profissional de enfermagem depende da relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente/cliente, ou entre o enfermeiro e um grupo de usuários (famílias ou comunidade). Perante os cuidados de enfermagem, emergem várias expectativas do utente sobre os enfermeiros, criando juízos de valores que contribuem para a valorização e/ou desvalorização do profissional na percepção do utente. Realçando a qualidade dos serviços prestados, Backes *et al* (2005) defendem que a humanização significa criar um clima organizacional favorável ao atendimento do paciente. Pois, é um processo que não se resume no atendimento técnico e mecânico, mais sim na compreensão e cuidado do utente como um todo.

Nos hospitais, ou até mesmo fora dela, muitas vezes os utentes/clientes demonstram a total indignação com o atendimento de péssima qualidade e a falta de humanização frente aos cuidados recebidos.

Assim, Viera, Collet e Oliveira (2006:286) enfatiza que:

"A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência por parte dos profissionais de saúde e da instituição em si". Portanto, do nosso ponto de vista, o acto de humanizar não depende apenas do enfermeiro em si, mas também de uma serie de implicações, tais como o tipo de estrutura hospitalar; as crenças religiões e demais aspectos pessoais do utente a ser tratado, entre outros aspectos importantes.

A humanização em enfermagem requer uma atenção plena dos enfermeiros perante o utente, atendendo a todos os seus vertentes como ser humano, pois conforme Ribeiro e Martins (2010:1), "a humanização é um conjunto de medidas que objectivam a conciliação entre os cuidados em saúde e as tecnologias, como também um espaço físico favorável e a satisfação dos profissionais da equipe e do usuário. Significa cuidar do utente como um todo, considerando-o biopsicossocial, individualizando a assistência frente as necessidades de cada um."

Neste óptica, convém realçar que nas acções de humanização procura-se resgatar o respeito a vida humana envolvendo um vínculo entre quem cuida e quem é cuidado, o acto de cuidar é perceber o todo, é enxergar de uma forma global, criativa e criadora, introduzindo cada vez mais o acto de viver no acto de cuidar (Silva, 2008:15).

Para que a humanização dos cuidados de enfermagem seja possível, é necessário que o profissional de saúde saiba como ter esta noção de equilíbrio (cuidar e ser cuidado), é necessário que o mesmo seja instruído durante a graduação, possuindo a oportunidade de aprender e desenvolver habilidades que contribuam para a sua Auto percepção e Auto consciencialização, conhecendo assim os seus limites, já que são estes que futuramente

estarão diante dos pacientes que necessitam dos seus cuidados (Henriques, Barros e Morais, 2007:9). Refere-se assim, a necessidade de inculcir essas noções desde da formação dos enfermeiros, de modo em que cada um esteja capacitado e apto a desenvolver competências adequadas ao perfil dos profissionais que trabalham nesta área.

Rizzotto (2002) ressalta que o termo Humanização entrou em discussão no “Movimento da Reforma Sanitária”, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX, quando se iniciaram os questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no médico, no biologismo e nas práticas curativas. Mas, note-se que ainda existe muito por fazer, sobretudo na nossa realidade, de modo que a implementação do processo de humanização deixa de ser apenas uma teoria, passando a constituir um dos pressupostos na prática diária de enfermagem.

Enfim, a expressão humanização vem sendo comumente empregada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do utente, compreendido como ser integral e, ao mesmo tempo, singular em suas necessidades (Morais *et al.* 2009:324). Pois, a capacidade de interligar estes dois preceitos referidos por Morais que permite a concretização da viabilidade da humanização.

1.3.2 Factores Facilitadores e Condicionantes do Processo de Humanização

De acordo com Onias *et al.* (2013:5), a humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que orientam a prática profissional, pressupondo um tratamento digno, cuidadoso, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objecto de trabalho – o doente/ser fragilizado – uma nova postura ética que permeia todas as actividades profissionais e processos de trabalho institucional.

O processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, co-responsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação colectiva no processo de gestão (Moretto; 2007).

O processo de humanização é um processo que não se resume no atendimento técnico mecânico do utente, mas na compreensão e cuidado deste como um todo (Backes, Filho e Lunardi; 2006:3).

Na nossa perspectiva concordamos com as citações desses autores (Moretto, Matsuda, Backes, Filho e Lunardi), pois a humanização deveria ser implantado em todo e qualquer tipo de instituição que presta serviços de enfermagem uma vez que actua como método de suavizar a dor e o sofrimento dos utentes que encontram vulneráveis, e susceptíveis a piorar o diagnóstico patológico. Faz-se então necessário um comprometimento entre uma instituição Hospitalar e o processo de humanização, buscando sempre meios de

proporcionar o bem-estar da equipe inserida nela, actualizando todos os profissionais envolvidos, criando condições materiais, físicas e psíquicas para cuidar do utente/família/comunidade, proporcionando-lhes segurança e confiança de modo a reduzir o tempo do internamento do utente.

A enfermagem como sendo uma ciência humana, deve dignificar a vida de cada utente/cliente, como ser holístico, devendo estar ciente das diversas condições que implicam a consolidação do processo de humanização dos cuidados prestados.

Para que ocorra a viabilidade do processo de humanização em enfermagem, torne-se indispensável um conjunto de factores facilitadores interdependentes entre si, que asseguram o suporte deste processo. Neste âmbito, podemos mencionar alguns dos principais factores facilitadores bem como condicionantes do processo de humanização, a seguir mencionados:

1. Acolhimento

Em qualquer instituição de saúde, deve haver um conjunto de estratégias pré-delineadas que visam promover o conforto, a confiança e a segurança do meio envolvente, bem como a existência de um grupo de profissionais que se zelam pelo bem-estar do utente/cliente enquanto receptor dos serviços prestados por este, pois como enfatiza Medeiros (2010:403), o serviço de saúde assume a sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população e, qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve ocorrer através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, considerando que acesso e acolhimento são elementos essenciais, para que se possa incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da colectividade, favorecendo a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada.

Para Merhy *et al.*, acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde, onde os usuários e profissionais produzem uma relação de escuta e responsabilidade, constituindo vínculos e compromissos entre eles. Somente assim consolida-se uma relação entre acesso e acolhimento.

O acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e sua efectivação estará relacionada com a utilização dos recursos disponíveis que se adequam e concorram para a resolução dos problemas dos usuários (Medeiros; 2010:412). Portanto, é nesta perspectiva que nos leva a afirmar que o acolhimento é a primeira ferramenta base que possibilita a relação entre o usuário e os demais agentes duma instituição, uma vez que o primeiro contacto costuma ser a primeira impressão.

2. Empatia

Afirma Rosário (2009:63) que empatia é um processo pelo qual uma pessoa é capaz de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de outra pessoa a fim de perceber os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação.

No que tange aos profissionais de saúde esse é um factor primordial na relação do Enfermeiro/Utente uma vez que segundo Ferreira (2009:364), “a empatia exige que o enfermeiro compreenda o que o outro está a sentir, que se coloque no seu lugar” onde complementa Pereira (2008:70) que “é uma característica importante na comunicação em enfermagem - poderá dizer-se que a capacidade intrínseca de compreender os sentimentos dos outros é um dom humano básico”.

Segundo Virgínia Henderson (2007:4), (...) a enfermeira deve, em certo sentido colocar-se “na pele” de cada doente de modo a conhecer, não apenas o que o doente quer, mas também o que ele precisa para manter a vida e readquirir a saúde. A enfermeira é, temporariamente, a consciência do inconsciente, o amor pela vida do suicida, a perna do amputado, os olhos do que cegou, o meio de locomoção para a criança, conhecimento e confiança para a jovem mãe, a voz para os que estão demasiado fracos ou que recusam a falar, etc.

É a tentativa de sentir o mundo do outro como ele o entende, com os seus sentimentos e as suas emoções. A capacidade de empatia está intimamente relacionada aos sentimentos de confiança, ao envolvimento emocional e ao respeito mútuo que ocorrem na relação terapêutica. Estes dois aspectos são elementares para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro, de modo, a oferecer assistência individualizada, respeitando as suas crenças, os seus valores e a sua cultura (Ponte e Pereira; 2009:16).

3. Comunicação:

Sabe-se que existe três elementos essenciais para ocorra a comunicação, destacando o emissor, o receptor e a mensagem, podendo este último ser verbal ou não verbal. Pois para Doutra (2009:3) “A comunicação é a base para o desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases, reforçando o valor da comunicação entre o enfermeiro e o utente. O uso da comunicação como ferramenta na assistência de enfermagem permite a personalização da assistência oferecendo cuidado necessário, humanizado e competente”.

No desempenho de suas funções, o enfermeiro precisa da comunicação para relacionar-se com as pessoas das várias equipes existentes nas instituições de saúde, bem

como para estabelecer uma relação de cuidado com o utente e a família.

A comunicação interpessoal se dá na interação face a face. Ocorre na tentativa de compreender o outro e de fazer-se compreender. Incluem-se ainda a percepção da pessoa, possibilidades de conflito e de persuasão. O enfermeiro está comunicando-se constantemente, pela maneira como conversa, quando ouve, pela entonação de sua voz, pelo silêncio, pela expressão facial e postura corporal (Doutra; 2009:3). E, como enfatiza Virgínia Henderson (2007:8), “a compreensão completa entre dois seres humanos nunca é alcançada, mesmo numa relação mais próxima. No entanto, a capacidade de se sentir mais próxima de um doente é característica das melhores enfermeiras. Se estas querem “pôr-se na pele do doente” têm de saber ouvir, ser sensíveis á comunicação não verbal, e encorajar os doentes a expressar os seus sentimentos de todas as formas. Esta análise do significado das palavras, dos silêncios, das expressões e movimentos do doente é uma constante. É uma arte fazê-lo de forma discreta que não interfira com o desenvolvimento de uma relação enfermeira/doente, natural e construtiva.

E, podemos dizer que é nessa contexto que se incute a responsabilidade do profissional de saúde, em transmitir informações tanto para o utente como para a família, sobre a sua actual patologia, informações estas que devem ser simples, compreensíveis, respeitosas e suficientes para que estes possam compreender o estado da pessoa doente.

4. Respeito

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Essa relação desenvolve e fortalece ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.

Como elemento importante da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, é o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente (Ordem dos enfermeiros; 2001:11).

Atendendo à pessoa como ser único e ao facto do enfermeiro ter necessariamente que se relacionar com ela quando a cuida, o respeito em enfermagem é considerado um princípio ético fundamental. Deve então estar na origem, ser a matéria constitutiva e uma regra de base que se fundamenta num valor constituindo um modelo para uma acção. Por isso, ele é uma regra fundamental no qual se apoia toda a acção do enfermeiro constituindo

um preceito moral e um princípio básico fundamental (Pinto; 2003:56).

Esse autor (Pinto; 2003:12) ressalta ainda que “O respeito é encontrado na literatura relativa a ética e valores humanos, onde é considerado um princípio ético primário”. Na Enfermagem, o respeito está necessariamente intrínseco em todos os aspectos de prática, da investigação e da educação da profissão em si.

O enfermeiro só poderá respeitar os outros na medida em que se respeita a si própria, uma vez que o respeito por nós é a base do respeito pelos outros. Só seremos capazes de aceitar o doente, tal como ele é, como ser único, com diferenças muito próprias, quando nos reconhecemos a nós próprios e nos aceitamos, tal como somos, na nossa individualidade. O respeito passa entre outras coisas, pela afirmação do Eu verdadeiro, pela tomada de consciência de si próprio e pela afirmação dos seus direitos como pessoa (Pinto; 2003:53).

5. Conhecimento técnico-científico

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, constituído e produzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência (Código de ética dos profissionais de saúde; 2009:1).

Conforme Ferreira e Dias (2005:66), o enfermeiro tal como a pessoa com necessidade de ajuda, é um sistema aberto que, para além de possuir características biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, tem conhecimentos, habilidades (comportamentos e competências) ligadas às funções de contacto, das quais destacam-se o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo e a escuta e ainda atitudes que caracterizam o seu papel profissional.

Os conceitos e definições de enfermagem de Virgínia Henderson, na década de 50, têm como fundamentação os princípios científicos. A autora deixa claro que a enfermeira é a "autoridade do cuidado básico" de enfermagem, sua "única função" na qual ela trabalha independente, e os componentes inerentes a este cuidado, que são as funções da vida física, psíquica e social. Henderson, (2007:3) define que "a função peculiar da enfermeira é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de actividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la (ou ter uma morte serena) - actividades que ele desempenharia só, se tivesse a força, vontade ou o conhecimento necessários. É fazê-lo de modo que o ajude a ganhar sua independência o mais rápido possível".

6. A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade entre os profissionais

Segundo Tavares et. al (2012:2), “a equipe multidisciplinar deve construir uma relação entre profissionais, onde o utente é visto como um todo, considerando um atendimento humanizado. Dessa forma, foca-se nas demandas da pessoa, e a equipe tem como finalidade de atender as necessidades globais da pessoa, visando seu bem-estar. Para que isso ocorra é importante que haja vínculo entre o utente e os profissionais, que pode ser considerado no manejo do psicólogo inserido no contexto hospitalar. Tal inserção é favorável nas instituições quando esse tem a oportunidade e espaço para reuniões entre os variados profissionais da equipe multidisciplinar, para poder destacar a importância do reconhecimento do conjunto dos aspectos emocionais do utente.”

Assim como a comunicação e a troca de informação entre enfermeiro/utente é importante, é necessário dizer que esses dois factores são essenciais entre uma equipe multi-interdisciplinar uma vez que vai ajudar no desenvolvimento do trabalho de enfermagem com mais qualidade virada para a atenção da saúde do utente/família e comunidade e, concordando com a perspectiva de Farinelli (2011:151)“o saber parcelado não é capaz de produzir o entendimento estruturado, mas o valor da interdisciplinaridade é capaz de realçar os vários saberes e colocá-los a serviço dos sujeitos com os quais trabalhamos”.

Não obstante, Rodrigues *et al.* (2011:161) afirma que “ A humanização deve contemplar não apenas os usuários, mas também os profissionais em saúde, os quais necessitam também de um acolhimento e um olhar para a sua saúde e bem estar de forma integral, de forma que este movimento se traduza em um melhor atendimento por parte desses profissionais em relação aos usuários” pois, quando se fala da humanização nos cuidados, não se retrata somente a de enfermeiro/utente mas sim da relação existente entre toda a equipe dentro da instituição hospitalar.

7. Recursos Materiais

Com vista nos melhores serviços, as grandes instituições bem sucedidas na área da saúde são aquelas em que se tem por conhecimento grande porte e que o maquinário para realização de inúmeros exames é satisfatório conforme a necessidade que a população exige, sendo que não é a toa que a cada ano com a revolução tecnológica os materiais estão sempre evoluindo. Assim, um bom estabelecimento de saúde passa ser ao cliente aquele em que ele se sinta agradável, satisfeito em vista da qualidade do atendimento e que ao mesmo demonstre confiança (Brito; 2007:2).

Detalhes quanto a prestações de saúde frente a falhas técnicas, desperdícios e uma má assistência acometem desqualificação de um bom atendimento e com isso diminui o

prestígio da instituição. É preciso conscientizar-se que os materiais devem suprir a demanda de procedimentos que normalmente seja realizado em determinada instituição e que estes repercutam em qualidade, assistência e principalmente satisfação a clientela visando à verdadeira promoção de saúde como objectivo primordial (Brito; 2007:2).

A Enfermagem tem como objecto de seu trabalho o processo saúde-doença de indivíduos e colectividades e como finalidade à transformação desse processo saúde-doença, o que pode ser expresso através da assistência à saúde, do cuidado de enfermagem (Greco; 2009:3).

Ainda a esse respeito Gama (2009:4) coloca que “não se pode pensar que a efetividade da administração de materiais é garantia para uma assistência de qualidade, mas principalmente a forma como o enfermeiro se responsabiliza e gerencia os recursos materiais, vai repercutir na qualidade da assistência”. Assim, pode-se concluir que a atividade de gerencia de recursos materiais realizada pelo enfermeiro deve ter como objetivo a melhoria da assistência à saúde de indivíduos e comunidade bem como as condições de trabalho das equipes de enfermagem e de saúde. Pois prestar assistência de saúde implica para além da atenção a pessoa, fornecer cuidados de forma segura a partir de materiais de qualidade.

1.3.3 O enfermeiro como agente da humanização

Segundo Horta (2005:3), Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente. Na perspectiva desse mesmo autor, o Ser-Cliente ou Utente pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade; em última análise, são seres humanos que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde-enfermidade.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer o enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de

enfermagem (Runciman; 2003:4).

Nesse contexto torna-se necessário enquadrar a ética profissional uma vez que fundamenta como um preceito para uma boa actuação de qualquer profissional nomeadamente os enfermeiros, que por sua vez lidam com seres humanos e são os que encontram-se mais próximos dos pacientes.

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito Moral Básico que é a preocupação com o bem estar de outros seres Humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, (...) pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora. E quase não seria preciso lembrar que o respeito por si, enquanto pessoa, é condição fundamental para respeitar o outro, ou como afirma Jean Watson, temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e dignidade (Ordem dos enfermeiros 2003:19).

Um dos desafios da humanização é mostrar que ela não depende somente de investimento financeiro. Depende também da decisão dos profissionais de saúde de voltar às raízes de sua profissão, na busca de um cuidado solidário e do alívio do sofrimento que são mais importantes que a cura da pessoa (Martin, 2003), considerando a comunicação e a subjectividade do ser humano e compartilhando, com ele, o seu tempo (Deslandes, 2004).

Contudo, o enfermeiro humanizado é aquele que presta cuidados de forma a incorporar confiança, segurança e respeito nas relações profissionais e terapêuticas, com capacidade de colocar no lugar do outro, primorizando a ética e a dignidade humana. Do mesmo modo, Germano *et al* (2003:107) afirma que o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados enfermagem, assume o dever de: dar quando presta cuidados atenção a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Em suma, o enfermeiro deve apresentar as seguintes características (Ballone; 2008):

1. Aprimorar o conhecimento científico continuamente;
2. Aliviar sempre que possível, controlar a dor e atender as queixas físicas e emocionais;
3. Oferecer informações sobre doença, prognóstico e tratamento;
4. Respeitar o modo e a qualidade de vida do paciente;
5. Respeitar a privacidade do paciente;
6. Compreender a importância de se oferecer ao paciente um suporte emocional adequado;

7. Zelar pelas condições de trabalho oferecidas pelas instituições de saúde.

1.3.4 A humanização e a qualidade dos cuidados de enfermagem

Na saúde a questão da qualidade deve ser abordada na perspectiva do cliente, visando a humanização dos serviços e concorrendo para melhoria da imagem da organização hospitalar. Neste tipo de organizações a qualidade assume uma complexidade na medida que envolve, acima de tudo, as necessidades, desejos e expectativas dos utentes.

Para Deming, (1982) apud de Chiavenato (2002) a qualidade deve ter como objectivo as necessidades dos usuários presentes e futuras. Alcançar a meta previsto não é tarefa fácil num ambiente onde os prestadores de serviços (pessoal de saúde, principalmente o enfermeiro) lidam com as suas emoções e desgaste provocada pela rotina dos procedimentos, pelo cansaço ou pela angústia do sofrimento. A avaliação esta relacionada com a forma como os utentes são atendidos, envolvidos e recebidos pelos sistema. Na sua percepção de qualidade está implícita a comunicação, as atitudes, a empatia, o interesse entre outras emoções, ultrapassando a própria prestação do serviço em si.

Do exposto conclui-se que a qualidade no sistema de saúde, e especificamente, nos serviços de cirurgia passa pelo envolvimento de todos os profissionais de modo a agregar valor para o utente. Para tanto a qualidade deve ser abordado na perspectiva da qualidade total visando a melhoria continua dos serviços prestados. Este processo de gestão de qualidade dos serviços hospitalares, passa por uma mudança de comportamento e atitudes por parte de todos os profissionais mas principalmente por parte dos enfermeiros, que são aqueles em contacto directo com utentes e familiares.

Segundo Chaivenato (2002) a qualidade total é um conceito de controlo que proporciona às pessoas, mais do que aos gerentes e dirigentes, a responsabilidade pelo alcance de padrões de qualidade. Neste sentido, qualquer funcionário é responsável por elevado padrões de qualidade visando a melhoria continua no atendimento dos utentes dos serviços prestados e da satisfação destes.

De acordo com Ransom *et al* (2004), os atributos que caracterizam a qualidade dos serviços de saúde são:

- Performance técnica;
- Gestão das relações interpessoais;
- Condições (de hotelaria e física) da prestação de cuidados;
- Respostas às preferências dos utentes;

- Eficiência de custos;
- Eficácia.

E, no que concerne aos cuidados de saúde prestados aos utentes, (segundo o Institute of Medicine dos Estados Unidos da América do Norte) estas devem ser:

- Seguros: no sentido de evitar lesões ao utente em resultado dos cuidados prestados;
- Eficazes: através da prestação desses assentes em bases científicas para aqueles que podem beneficiar deles, e não os aplicando á aqueles em que se espera não haver benefício;
- Centrados no utente: através da prestação de cuidados de saúde respeitando a individualidade do utente, as suas preferências, necessidades e valores, e assegurando que são os valores dos utentes a orientar todas as decisões clínicas;
- Atempados: através da redução das esperas e atrasos que podem ser danosos tanto para os que recebem como os que prestam os cuidados;
- Eficientes: evitando o desperdício especialmente de equipamento, bens, ideias e energia;
- Com Equidade: através da prestação de cuidados que não variem em qualidade em função das características do utente, tais como o sexo, grupo étnico, localização geográfica, ou situação socioeconómica.

CAPITULO II – METODOLOGIA

De acordo com Rodrigues (2007:2) "a metodologia é um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objectiva do conhecimento, de uma maneira sistemática."

A metodologia pode ser dividida em três partes: reconhecimento (todas as informações sobre o activo devem ser colectadas), análise (devem ser identificados os relacionamentos existentes) e classificação (baseada na verificação das ameaças, impactos, controles e riscos de cada activo) (Lima *et al.*, 2011:15).

2.1 Tipo de Pesquisa

Pretende-se fazer um “estudo de caso” aplicado na Instituição do HBS, no Serviço de Cirurgia, para o estudo em questão.

Conforme Gil (1999:57), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante outros tipos de delineamento considerados.

Esta pesquisa caracteriza-se por ser uma pesquisa do tipo exploratório e descritivo, perspectivando Gil (1999:27) que “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planeamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental,

entrevistas não padronizadas e estudos de caso”. Baseando neste mesmo autor, realça ainda que “[...] as pesquisas descritivas têm como objectivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Para a abordagem do problema (estudo de caso), o método utilizado será qualitativo, onde pretendemos sumarizar dados qualitativamente numéricos através do estudo de caso, exposto em contagem percentual ilustrado em gráficos. Gil (1999:175) define pesquisa qualitativo como “pesquisas definidas como estudos de campo, estudos de caso, pesquisa-acção ou pesquisa participante”.

O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objectos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após este tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objecto de pesquisa (Chizzotti, 2003:221). É, de facto uma vez que o método qualitativo serve para descrever, explicar e interpretar população ou fenómenos com um plano precedentemente estabelecido baseado em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objecto de definição operacional.

E, também quantitativo uma vez um foi escolhido um determinado número de pessoas para a realização da pesquisa onde defende Moresi que “quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.)”.

2.2 População e Amostra

Universo ou população é definido por Gil (1999:89) como sendo “(...) um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Comumente fala-se de população como referência ao total de habitantes de determinado lugar” e, amostra como sendo “Subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população”.

Será realizado com Indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos, com qualquer tipo de nacionalidade, em São Vicente, no HBS (departamento de Cirurgia). Foi tomada como população em estudo uma amostra da população-alvo somente os utentes internados e os funcionários deste serviço (médicos e enfermeiros), totalizando 64 indivíduos. Será escolhido, em média, três utentes em cada um dos quartos (sete quartos) do serviço de Cirurgia para a realização do estudo.

De modo geral, as pesquisas sociais abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-lo sem sua totalidade. Por essa razão, nas pesquisas sociais é muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo. É o que ocorre, sobretudo, nas pesquisas designadas como levantamento ou experimentos (Gil; 1999:89).

Quanto á amostragem será feito uma selecção, no que tange aos utentes, pois esse estudo será realizado para somente 16 utentes, e no Serviço de Cirurgia admite aproximadamente 40 utentes. Quando um pesquisador selecciona uma pequena parte de uma população, espera que ela seja representativa dessa população que pretende estudar. Para tanto necessita observar os procedimentos definidos pela Teoria da Amostragem (Gil; 1999:89).

Será de amostragem probabilística pois na perspectiva de Gil (1999) são rigorosamente científicos e se baseiam em leis estatísticos: lei dos grandes números, lei de regularidade estatística, lei da inércia dos grandes números e a lei da permanência dos pequenos números.

2.3 Métodos, colecta de dados

A colecta dos dados foi realizada mediante aplicação de questionário, com perguntas fechadas, entre os meses de Maio/Junho, estruturado aos indivíduos mencionados acima, em que frente aos utentes eram portadores de qualquer tipo de patologia, que frequentam o serviço, sem nenhuma doença mental, que concordaram em participar na pesquisa, após serem esclarecidos sobre qualquer termo do estudo.

Também foi aplicado uma entrevista com perguntas abertas, á enfermeira chefe do Serviço.

Os dados que estarão presente no estudo de caso podem ser classificados em primários e secundários, um vez que para a colecta de dados é necessário ter em conta fontes primárias (onde serão aplicados questionários, com o objectivo de recolher subsídios para avaliar o grau de satisfação dos utentes relativamente aos serviços humanizados prestados neste serviço e, as fontes secundárias que são constituídas por informações para consultas, pesquisa bibliográfica, etc.

2.3.1 Questionário

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas á um conjunto de questões. (...). Tem por objectivo recolher informações factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Apresente uma grande flexibilidade no que

respeita á estrutura, á forma e aos meios de recolher informação (Norwood, 2000:380). Seguindo a definição deste autor, afirma ainda que “ os questionários tanto podem conter questões fechadas como questões abertas.

O questionário da pesquisa apresentada foi semiestruturado, e, como referido acima, formulada por questões fechadas, são fornecidas as possíveis respostas ao entrevistado, em que algumas têm alternativas de resposta, outras de escolhas múltiplas, de enumeração, com uma escala de respostas gradativas de 5 opções que varia de “raro” a “bastante frequente”; “mau” a “excelente” e “péssimo” a “óptimo”; “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “negativo, indiferente e positivo”. Também se aplica a modalidade de questões dicotómicas (“não” e “sim”) nas perguntas mais directas.

As autoras da aplicação dos questionários, para a realização do trabalho de campo, foram as discentes dessa Monografia.

2.3.2 Entrevista

É a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objectivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É, portanto, uma forma de interacção social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca colectar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (Gil; 1999:19). (...) É bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Essa pesquisa foi do tipo informal, com perguntas abertas, onde foi possível colher dados importantes para complementar o estudo pretendido, perspectivando Gil (1999:111) que “O que se pretende com entrevistas deste tipo é a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado, bem como a identificação de alguns aspectos da personalidade do entrevistado.

2.3.3 Observação

Como referido, uma das técnicas utilizadas para a recolha de dados foi a observação das rotinas do dia-a-dia vivido no sector da Cirurgia, com vista a verificar a maneira que são prestados os cuidados de enfermagem dentro do serviço de HBS.

Segundo Marconi e Lakatos (2007:192), “a observação é uma técnica de colecta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados

aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar factos ou fenómenos que se deseja estudar”. A observação ajuda o investigador a identificar e a obter provas a respeito de objectivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento.

Deste modo, neste trabalho foi utilizada a técnica de observação não participativa onde o investigador esta em contacto com a realidade estudada, mas sem interagir-se com ela. Esta tem como objectivo observar e acompanhar dos os procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem, verificar se de alguma forma esses cuidados estão sendo humanizados de uma forma adequada.

CAPITULO III- ESTUDO DE CASO

3.1 Caracterização do Hospital Baptista de Sousa

Segundo o decreto-lei nº83/2005 de 15 de Dezembro, o Hospital Baptista de Sousa é um estabelecimento, instituto público de regime especial, dotado de órgãos, serviços e património próprio e de autonomia administrativa e financeira (Vieira; 1999:624).

No dia 10 de Junho de 1880, fazendo parte das festas para comemorar o tricentenário de Camões, a Câmara Municipal da cidade do Mindelo lançou a primeira pedra para a construção de um hospital. No dia 16/04/1900, foi feita a entrega da obra do Hospital de São Vicente pelos empreiteiros (Vieira; 1999:624).

A inauguração teve lugar a 10 de Setembro de 1901, presidida pelo Governador, Coronel de Artilharia e Arnaldo de Novais. Note-se que o hospital já vinha funcionando, embora parcialmente, desde 1899 conforme se pode verificar na data inscrita no frontispício a entrada do Hospital (Vieira; 1999:626).

Segundo Gomes (2009:45), a maternidade do Hospital de São Vicente foi inaugurada a 5 de Novembro de 1933, para no ano de 1939 ser instalado os serviços de RX.

Em 1944 inaugurou-se uma enfermaria destinada exclusivamente a doentes do foro cirúrgico.

Por autorização superior foi dado o nome de Dr. Baptista de Sousa ao pavilhão de cirurgia do Hospital de S. Vicente em 09 de Setembro de 1944.

A 28 de Maio de 1951 foi inaugurado o Dispensário de Puericultura em edifício anexo ao Hospital, para consultas de crianças até os 2 anos e consultas a grávida e puérperas.

Em 1952 começou a funcionar um Gabinete de Fisioterapia.

A 7 de Julho de 1956 foi inaugurado o Centro de Hemoterapia e Reanimação sob a orientação de 2 Professores da Universidade de Toulouse, tendo sido criado, simultaneamente, laboratório de Análises Clínicas.

Em 1955 foi criado o lugar de Enfermeira Parteira.

A 7 de Agosto de 1960 foi inaugurado a Escola de Enfermagem do Hospital de São Vicente.

Em 1967 foi montado um Gabinete de Electrocardiografia.

No ano de 1978 por motivo de reparação no Hospital de S. Vicente, transferiu-se temporariamente os serviços para o edifício da Ex-Telégrafo, actual Telecom, junto à Praça Nova, onde viria a ser atribuído à instituição o nome do Dr. Baptista de Sousa.

Antes da independência de Cabo Verde tiveram início as obras do novo Hospital de São Vicente que só viria a ser inaugurado em Outubro de 1984, ao qual foi dado o nome de Hospital Dr. Baptista de Sousa, em homenagem ao português, José Baptista de Sousa, capitão-médico, cirurgião das forças armadas expedicionárias á Cabo Verde. Tendo permanecido em São Vicente de 1942 a 1944. Não pertenceu ao quadro de saúde desta ex-colónia, mas foi um dos bons colaboradores dos médicos civis em serviço nesta ilha. Atendia em igual generosidade, militares e civis, talvez mais carinhosamente aos pobres que muito o estimava.

Filosofia de actuação (valores)

De acordo com Almeida, Lima e Silva (2013:38), no desenvolvimento da sua actividade, o HBS assume os seguintes valores em relação aos seus doentes:

- O empenho dos seus profissionais numa busca contínua de aperfeiçoamento;
- A equidade no acolhimento dos doentes e seus familiares;
- A atenção permanente às necessidades dos seus doentes;
- O total respeito pela dignidade e direitos da pessoa humana;
- A confidencialidade dos cuidados e serviços prestados;

E em relação aos seus profissionais e colaboradores são os seguintes valores:

- Informação quanto aos objectivos da instituição;
- Respeito pela autonomia técnica;
- Responsabilização Profissional num contexto de equidade tendo em conta os recursos e limites da instituição;
- Valorização, reconhecimento e desenvolvimento do seu sentido de pertença que

promova a auto-estima profissional, a dedicação e a autoconfiança.

Missão

Definir a missão significa estabelecer a razão de existência da organização, qual o seu negócio (o que se faz) e de que forma actua nesse negócio (como faz). A missão deve ser simples, curta e extremamente objectiva.

O Hospital Dr. Baptista de Sousa tem por missão, atender e tratar em tempo útil, com eficácia, eficiência, efectividade, equidade e qualidade, a custos socialmente comportáveis, os doentes necessitados de cuidados hospitalares de diagnóstico, tratamento e reabilitação, oriundo de qualquer ponto do território nacional (Almeida, Lima e Silva; 2013:38).

Visão

Para Porto *cit. in* (Costa; 2008:3), visão deve estar alinhada como os valores centrais da organização. Ou seja, são os princípios essenciais e duradouros da organização. A organização precisa voltar seus olhos para dentro da própria organização para definir a visão, portanto um observador externo não pode considerar como certo ou errado a visão desta organização. A visão tem que ser inspiradora e impulsionadora, ela deve gerar uma energia positiva para seus colaboradores.

Para Jesus *cit. in* (Costa; 2008:2), a visão deve ser um conjunto de convicções e compreensões para onde deve seguir a organização, e como serão tratados os recursos materiais e humanos nessa trajetória. É a visão que determina os objectivos de investimento, desenvolvimento, trabalho, estratégias para alcançar o sucesso da organização. A visão do Hospital Baptista de Sousa é ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional (Almeida, Lima e Silva; 2013:39).

Orgânica (estrutura)

O capital humano do Hospital Baptista de Sousa é constituído por 433 funcionários, entre os quais 56 médicos, 101 enfermeiros, 18 técnicos superiores, 42 outros técnicos (técnico adjunto, técnico de manutenção laboratorial, radiologia, etc.), 48 administradores e 167 adjuntos de serviços gerais. O Hospital Baptista de Sousa possui actualmente 272 camas, sendo 233 de internamento e 39 de observação (Almeida, Lima e Silva; 2013:38). O HBS atende à comunidade regional e a população do Barlavento com programas de extensão e de atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatoriais, hospitalar e de serviços complementares de diagnóstico e terapia.

3.2 Apresentação/Análise dos Dados e Resultados

À luz da fundamentação teórica e dos procedimentos metodológicos anteriormente estabelecidos. Os dados recolhidos foram objecto de tratamento estatístico, através do *software* Excel e do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. As características demográficas constituem o primeiro de um conjunto de características relevantes a serem analisadas. Por se tratar de um tema pouco estudado, apresenta um campo vasto de informações que carece de estudos aprofundados. O nosso contributo será no sentido de, através dos dados recolhidos, procurar sintetizar e analisar basicamente os pontos mais relevantes, que vão de encontro à pergunta de pesquisa, que confirme ou repudie a hipótese colocada e dos objectivos traçados.

Numa primeira análise, fez-se uma abordagem ao questionário aplicado aos enfermeiros.

Constata-se, desde logo que, em termos da faixa etária, dos 9 inquiridos 78% são de idade compreendida entre os 41 á 50 anos de idade, 11% correspondem dos 30 á 40 anos e os outros 11% á faixa etária de mais de 50 anos de idade. No que se refere ao género, observou-se que neste Serviço há uma maior incidência do sexo feminino com 78% em relação á 22% do sexo Masculino.

P3 - Quanto á habilitações literárias pode-se constatar que a maioria dos enfermeiros são Licenciados com uma percentagem de 56% em relação aos 33% dos Bacharelatos e aos 11% do Ensino Secundário.

P4 -No que se refere aos anos de serviço desta profissão 56% está entre 6 á 10 anos de serviço, 22% de 11 á 15 anos de serviço 11% com 21 á 25 anos e outros 11% com 1 á 5 anos de serviço.

Gráfico 1 – Habilitações Literárias

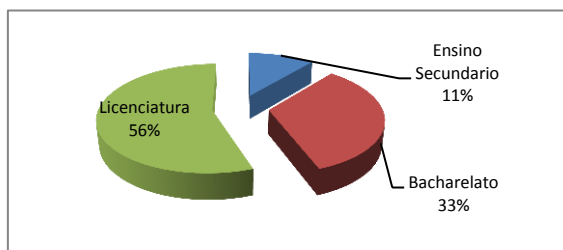
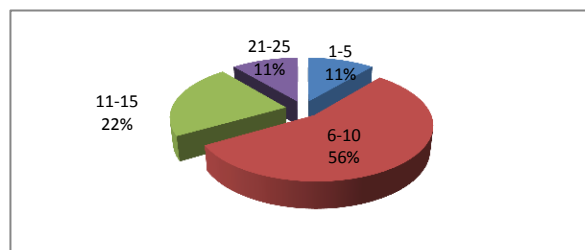
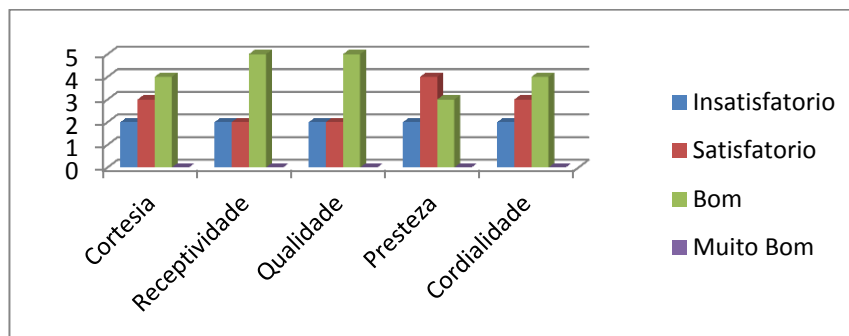


Gráfico 2 - Anos de Serviço



P11- Referente ao atendimento, na perspectiva dos 9 enfermeiros inquiridos, há uma predominância em todos os itens com classificação de “Bom”, excepto para a presteza com uma classificação de “Satisfatório”. Conclui-se que esses enfermeiros têm uma percepção positiva nesses cinco itens, mas é de sublinhar que precisa-se de uma melhoria uma vez que há um grau razoável de insatisfação de atendimento frente aos utentes.

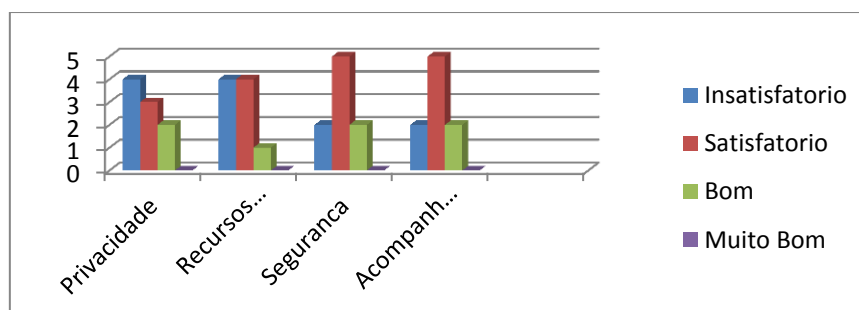
Gráfico 3 - Classificação quanto ao Atendimento



P11 - Referente ao tratamento (cuidados) aos utentes, desses 9 inquiridos, há uma insatisfação na privacidade e nos R.Materiais em relação á segurança e ao acompanhamento do utente que classificam em “Satisfatório.”

Segundo os dados pré dispostos, na perspectiva dos enfermeiros, os cuidados prestados são satisfatórios, mas no que tange a privacidade e recursos materiais têm uma percepção muito negativa, visto que estão muito aquém das expectativas, condicionando assim o processo de humanização pois sem esses factores é difícil implementação do modelo de humanização nos cuidados prestados aos utentes.

Gráfico 4- classificação quanto Tratamento (cuidados)



P13 - No que tange ao relacionamento entre enfermeiros nota-se pelos dados que há uma predominância de 89% de "Bom", 11% de "M.Bom", e 0% para "Insatisfatório" e "Satisfatório".

P14 - No relacionamento entre Enfermeiro/Medico, 78% representa uma relação de "Suficiente", 11% de "M.Bom", 11% de "Bom" e 0% de "insatisfatório". Nos dados desses dois gráficos, pode-se constatar que entre os enfermeiros há uma boa relação e troca de informação no que se refere aos utentes, o que não acontece entre enfermeiro/médico, o que poderá condicionar o tratamento do utente no seu todo.

Gráfico 5 – Relação ventre enfermeiros

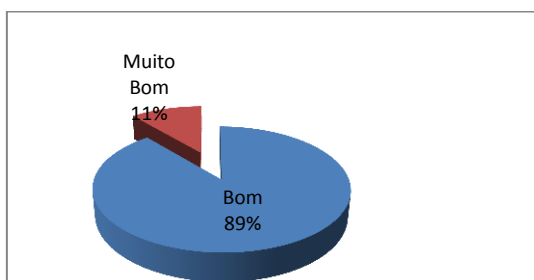
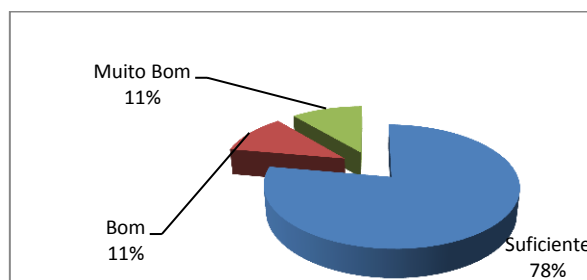


Gráfico 6 – Relação entre Enfermeiro-Médico



P15 - Na relação de Enfermeiro/S. Gerais, há uma predominância de 89% de "Bom" e 11% de "M. Bom" e 0% em relação ao "Insatisfatório" e "Satisfatório".

P17 - No Serviço de Cirurgia, conforme a observação no gráfico, tem uma prevalência de 78% de Boa relação entre toda a equipe, 11% corresponde á M. Bom e 11% á Suficiente. Nesses dois gráficos, pode-se analisar que há uma boa relação dos enfermeiros/serviços gerais e entre toda a equipe, o que demonstra que há um clima favorável nesse serviço entre enfermeiro/serviços gerais/equipe, mas que há uma precisão de melhoria na relação entre enfermeiro/Médico.

Gráfico 7 – Enfermeiros/S. Gerais

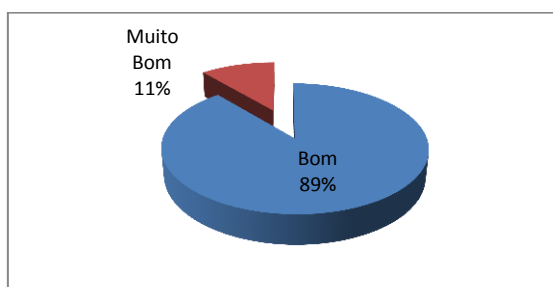
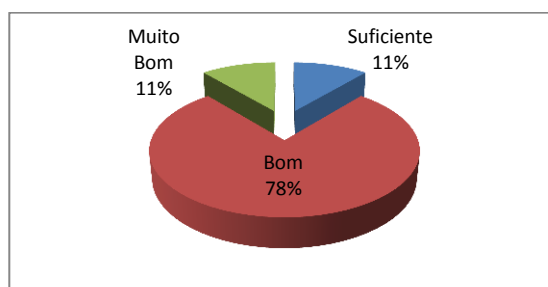


Gráfico 8 – Toda a equipe

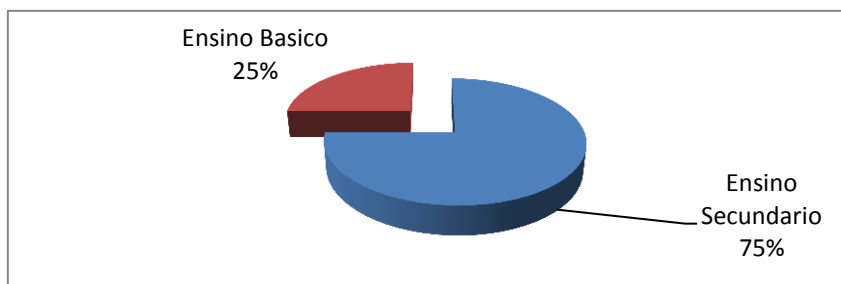


Num segundo análise, fez-se uma abordagem ao questionário aplicado aos utentes.

Referente á faixa etária dos 16 utentes inquiridos, pode-se constatar que o resultado que mais propícia ao internamento no Serviço de Cirurgia é de igual modo para os que correspondem de 26 á 50 anos como á partir dos 51 anos. Os jovens entre 16 á 25 anos são os que menos hospitalizam nesse Serviço. No que concerne ao género, verifica-se que dos 16 inquiridos, 9 corresponde á 56% do sexo Masculino e 7 corresponde á 44% do sexo Feminino. Isto é, existe 12% de diferença dos géneros, em que o sexo Masculino predomina mais que o sexo oposto.

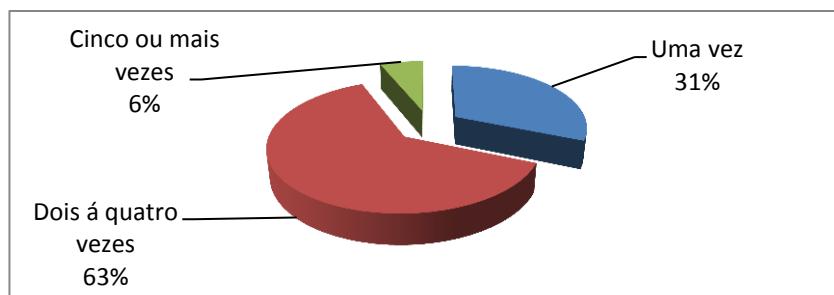
P5 - No que diz respeito as Habilitações Literária verifique-se que a maioria dos respondentes representam 75% tem o Ensino Básico seguido do Ensino Secundário com 25% .

Gráfico 7 – Habilitações Literárias



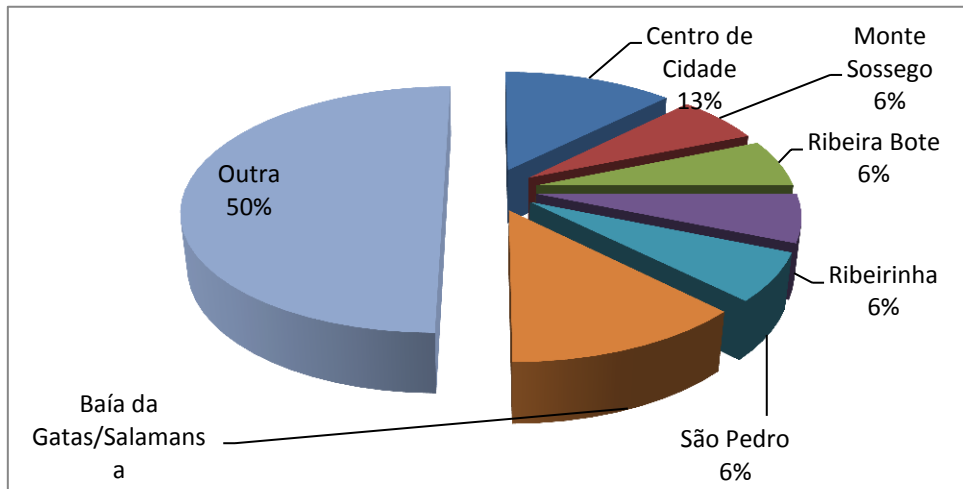
P6– No que diz respeito ao número de internamento predomina 63% dos inquiridos que já internaram entre 2 á 4 vezes, 31% que corresponde á internamento pela primeira vez e que 6% dos inquiridos internaram cinco ou mais vezes.

Gráfico 8 – Número de vezes de internamento



P 7 - No que refere ao local de residência, a situação "outra" predomina com 50% em relação as outras zonas e por conseguinte o centro de cidade e Baía das Gatas/Salamansa tem de igual modo 13% dos inquiridos e, em relação á Ribeira Bote, Monte Sossego, Ribeirinha e São Pedro que tem há 6% moradores desses inquiridos.

Gráfico 9 – Local de residência



P 10 - No que tange ao significado da palavra humanização, dos 16 inquiridos, 65% corresponde ao não conhecimento da palavra em relação aos 37% que parcialmente conhecem algum significado.

Um vez que a maioria dos utentes não têm conhecimento da palavra humanização, deixa a transparecer que é devido ao baixo nível escolaridade e a falta de conhecimento frente ao seus direitos como utente.

P 11 – Na prática dos cuidados de enfermagem nos Serviços de Cirurgia, por parte dos utentes, classificam estes cuidados com 56% de "razoável" e 44% de Boa prática. Constatando, os enfermeiros desse serviço prestam um cuidado que satisfaz os utentes.

Gráfico 10 – Humanização

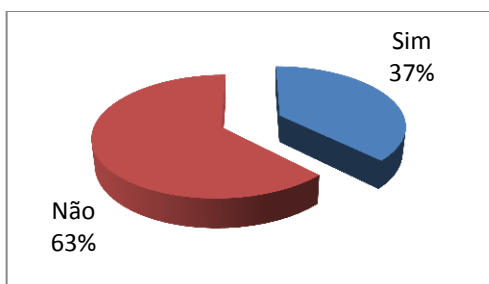
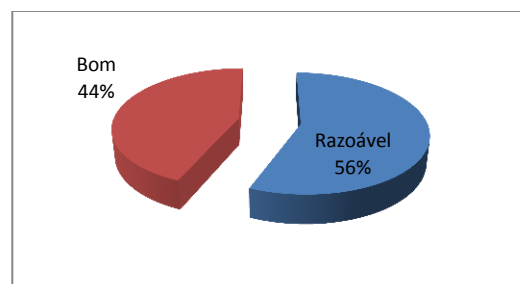


Gráfico 11 – Cuidados de enfermagem



P 15 - Pode-se constatar que tem uma predominância de 94% de respeito Mútua no cuidado da classe; 6% que NS/NR e 0% de Desrespeito Mútuo, ou seja, os enfermeiros transmitem tanto aos utentes como a equipe sentimento de respeito.

P 16 - Na origem do tratamento desigual dos utentes 57% representa a maioria que corresponde a "Patologia", 31% a aparência física, e 6% correspondentes á nível Socioeconómico e Laços familiares ou amigos. O que quer dizer que o tratamento do utente está direccionado principalmente á patologia em si.

Gráfico 12 – Tratamento aos utentes

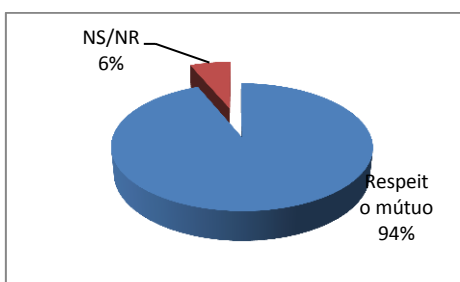
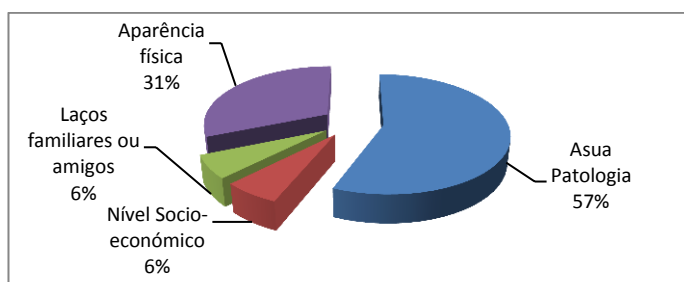


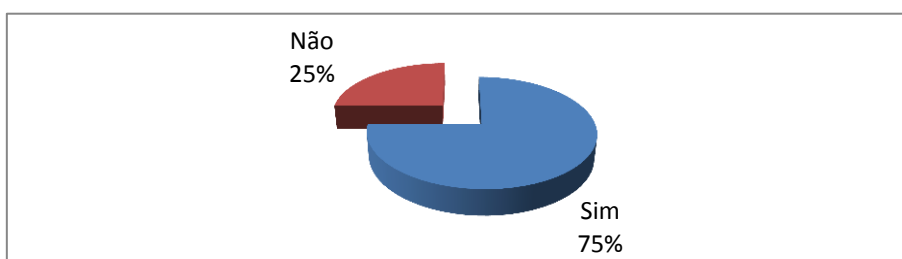
Gráfico 13 – Origem do tratamento desigual



P20 - No que diz respeito aos direitos e deveres dos utentes, 75% correspondem ao não conhecimento dos mesmos em relação á 25% que tem algum conhecimento parcial destes, e 0% NS/NR.

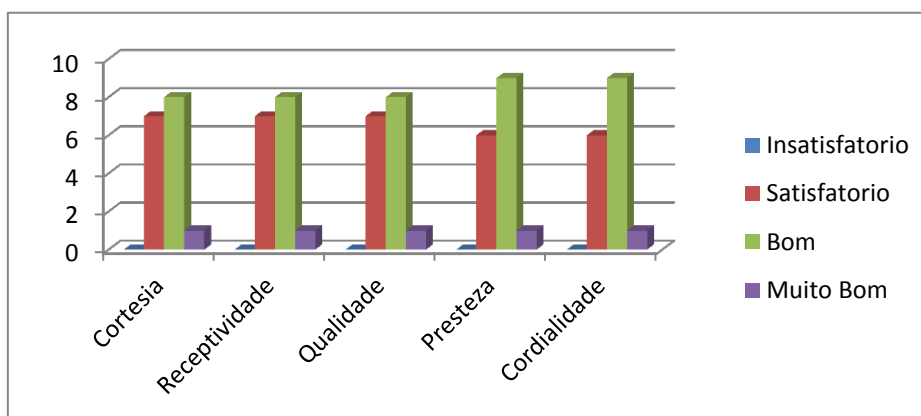
Conclui-se então que, mais de metade dos utentes não conhecem os seus direitos, o que nos leva a dizer que isso se deve ao facto de, não possuírem um

Gráfico 14– Conhecimento dos direitos e deveres



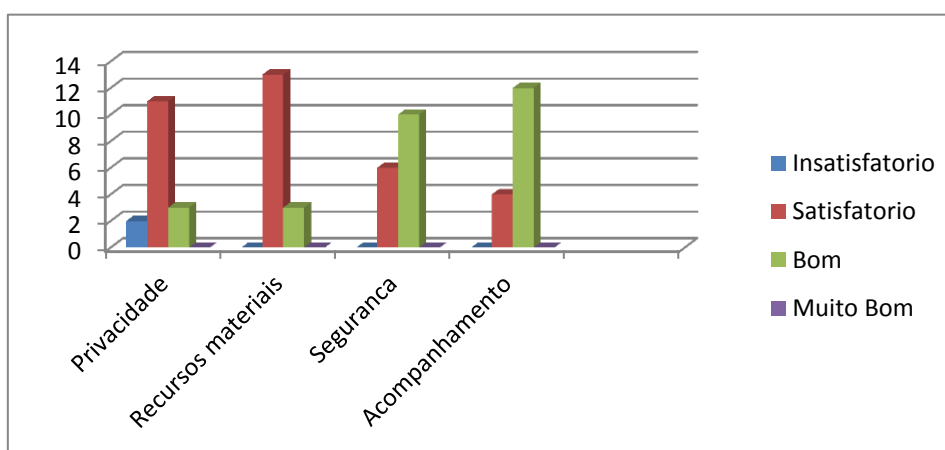
P22 - Como se observa no gráfico, quanto ao atendimento na visão dos utentes em relação a Cortesia, Receptividade, Qualidade, Presteza e Cordialidade, a predominância é o "Bom" e "Satisfatório" e a minoria em "M. Bom".

Gráfico 15 – Atendimento aos utentes



P22 - Referindo ao tratamento (cuidados), dos 16 inquiridos, classificam a privacidade e R. Materiais em "Satisfatório" onde há uma minoria com "Insatisfatório" na privacidade; em relação a "segurança" e "Acompanhamento" há uma visão positiva de "Bom".

Gráfico 16 – Tratamento aos utentes



Uma terceira análise, traz a abordagem, uma entrevista efectuada ao Enfermeiro responsável pelo Departamento de Cirurgia do HBS, alusivo ao tema Humanização dos cuidados de saúde efectuado pela classe de enfermagem aos utentes.

A entrevista decorreu no sector de Cirurgia, com a chefe do serviço de sexo Feminino no período da manhã no quarto dos enfermeiros e sem qualquer intercorrências. O que nos levou a fazer a entrevista é porque faz parte do nosso trabalho de monografia, confrontar a opinião do chefe do serviço com as respostas encontradas com os dos utentes. Várias foram as perguntas colocadas onde se seguem:

O que é humanizar os cuidados de enfermagem para si? É cuidar de uma forma holística ou seja é cuidar do paciente no seu todo, colocar sempre no lugar do outro, é cuidar junto com os familiares e a comunidade onde este encontra inserido.

Considere que humanização é tornar os cuidados de saúde mais adequada a cada pessoa? Claro, porque o paciente deve ser cuidado em todos os aspectos, tanto físico como psicológico, não é tratar só a parte de cicatrização, mas sim trata-lo no seu todo.

Na sua opinião a humanização traduz-se na familiaridade de acesso a unidade de saúde? Sim, porque os familiares tem necessidade de visitar os seus doentes e neste sector é permitido sem qualquer obstáculo, visto que é um bem que faz-se aos doentes e aos familiares.

E qual é o nível de satisfação dos cuidados prestados neste serviço de Cirurgia? Acho que o nível de satisfação é positivo, mas necessita de mais recurso humanos para dar resposta a todos os utentes deste serviço, visto que o tempo disponível é muito curto para dar “atenção e carinho “ aos doentes, porque o cuidado prestado é de forma rápida.

Os doentes sentem-se seguros neste sector de Cirurgia? Acho que a maioria sim, sentem-se seguros.

Este sector tem equipamentos necessários para satisfazer as necessidades dos cuidados prestados? Não, porque temos muito deficit. Isso porque como já tinha referido anteriormente tem um deficit de Enfermeiros e o número de doentes são muitos, a falta de medicamentos, de recursos materiais tais como “esfigmomanómetros, termómetros, entre outros.

E o espaço físico desta enfermaria esta adequada ao internamento? Sim para os quartos de enfermaria de internamento geral, porque o quarto de isolamento estes acho que esta ainda aquém das expectativas.

Aqui neste serviço tem uma media de 40 doentes neste sector? Sim.

O que tens a dizer sobre este numero de doentes e os cuidados prestados? Aqui neste sector tentamos dar resposta as demandas, mas muitas vezes não conseguimos dar respostas porque a procura é maior que a demanda.

Os profissionais de saúde deste sector estão conscientes da importância da humanização? Claro que sim.

O serviço de Cirurgia cumpre os horários estabelecidos para a realização das Cirurgias? Na maioria das vezes sim, isso porque muitas vezes tem alguma urgência e estes ficam para o dia seguinte.

A limpeza do sector da Cirurgia esta de acordo com o tipo de cuidados prestados? A limpeza é um pouco complicada devido ao sector que esta sempre cheio de doentes. A limpeza é realizada no seu todo quando os quartos estão vazios e isso quase nunca acontece, visto que a enfermaria nunca esta vazia.

Os doentes são informados sobre a sua patologia ou sobre o diagnóstico da sua doença? Depende dos médicos.

O comportamento dos enfermeiros e médicos transmita confiança aos doentes? Na classe de enfermagem quase todos, mas já na classe dos médicos, acho que não transmitem visto que os doentes vêm reclamar com os enfermeiros.

Neste serviço os procedimentos são realizados correctamente sem perdas desnecessárias de tempo ou necessidade de muitas deslocações? De vez em quando isso acontece, não muito frequente mas acontece. Por exemplo temos dois pacientes que precisa urgente de deslocar um tem de esperar até a ajudante de serviços gerais voltar para transportar o outro.

Há, adesão ao procedimento e ao medicamento depende do quê? Sim raro as vezes quando temos pacientes com algum distúrbio mental.

3.3 Análise e Interpretação dos Resultados

Depois da recolha dos dados dos inquéritos, feito o tratamento estatístico, eis então o momento para apresentação dum análise mais apurada em jeito de finalização que traduzem as ambições do trabalho. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e deduções a partir dos dados obtidos.

Nos dados relativos aos enfermeiros inquiridos a avaliação nos remete que a predominância prevalece no sexo feminino com 78% e do sexo masculino com 22% e no que tange a faixa etária predomina a idade compreendida em 41á 50 anos de idade. Em relação a habilitação literária vê-se que temos uma percentagem maior de enfermeiros licenciados com 56% em relação aos outros.

Apesar de termos constatado algum deficit nas práticas de enfermagem referente ao tratamento invasivo, os resultados do inquérito aplicados nesse sentido, demonstram-se o contrário tendo obtido uma percentagem de 89% positivo e 11% negativos, o que torna

este estudo um pouco contraditório.

Em relação á dor e desconforto os enfermeiros acreditam que actuam positivamente e o mesmo se pode dizer em relação as reclamações.

A relação entre os profissionais de saúde pode-se observar, segundo a análise feita aos gráficos, o clima é satisfatório. O mesmo já não acontece em relação aos Enfermeiros/Médicos, uma vez que, a nossa percepção levou-nos a concluir que entre estes há uma falta de coesão e de comunicação o que dificulta a normal recuperação e bem-estar dos utentes.

Segundo os enfermeiros, para concretização dos cuidados mais humanizado, é necessário que haja mais profissionais para uma melhor demanda dos serviços, uma vez que são muitos utentes, o que sobrecarrega os serviços dos enfermeiros; mais recursos materiais para uma melhor prestação destes profissionais proporcionando um cuidado mais humanizado. Constata-se, através da análise dos gráficos que existem pouca privacidade nos cuidados de enfermagem durante a realização dos procedimentos.

Pode-se constatar os utentes se sentem inibidos em responder as questões colocadas, o que ao nosso ver faleciam em certa medida a realidade dos factos. Neste sentido sugerimos aos futuros pesquisadores nessa área, que realizem pesquisas aos utentes fora do hospital, no sentido de poder provar o contrário.

Em relação aos 16 utentes inquiridos é de salientar que nos preenchimentos dos questionário os utentes demonstraram uma certa insegurança, incutindo as respostas, visto que fomos vistos como futuros enfermeiros.

Segundo os gráficos predomina a faixa etária dos 26 á 50 anos com uma percentagem de 44% em relação 12%. E pode-se verificar que dos 16 inquiridos predomina os do sexo feminino com 44% em relação ao sexo masculino. Dos utentes inquiridos 94 % é de nacionalidade cabo-verdiana maioritariamente residentes fora da cidade do Mindelo, e em relação a situação económica encontra-se razoável com uma percentagem de 63% em relação a 6%.

Em relação ao internamento no período de 1 mês esteve mais doente internado do que em relação a um ano. Segundo os gráficos os utentes acreditam que o atendimento do serviço classifica em satisfatório, pois como referido acima, há necessidade de mais enfermeiros e matérias no serviço. No que concerne ao conhecimento da palavra humanização, a maioria não tem noção dessa palavra com 65% em relação aos 37%. O que pode-se dizer que há falta de informação destes utentes no que se refere ao conhecimento destes.

Em relação á prática de cuidados de enfermagem, os utentes afirmam que este serviço de cirurgia tem uma prática razoável com 56% em relação a Bom com 44%.

No que tange ao atendimento e procedimento os utentes acreditam que o serviço esta classificado em satisfatório uma vez que partilham das mesmas opiniões dos enfermeiros.

3.4 Limitações do Estudo

Não se pode deixar de destacar algumas limitações encontradas ao longo da realização deste trabalho. Normalmente num trabalho de investigação, para obtenção de informações acerca do desempenho das funções no serviço de saúde tem sempre limitações que o investigador terá de superar.

As principais dificuldades encontradas foram nomeadamente na recolha de informação a quanto da aplicações dos questionários nos enfermeiros do serviço de Cirurgia, dado que se constatou uma certa resistência no preenchimento dos mesmos alegando não terem tempo e outros não quiserem entregar, por razões não muito claras para nós. Em relação aos utentes as dificuldades ressentidas também foram de encontro na recolha de informações a quantos da aplicação dos questionários visto que, pelo conhecimento dos utentes vêm os autores desse trabalho como elementos do serviço de saúde e ficam incutidos em expressar sua opinião parcialmente e isso leva a sua opinião a imparcialidade. Recordo ainda que, a aplicação dos questionários no serviço de Cirurgia no HBS realizou-se através de uma carta pedido formalmente a directora do HBS.

Ainda no que tange as dificuldades, destaca-se a carência em manusear o programa de software de SPSS que não tínhamos conhecimento nem formação do mesmo.

3.5 Recomendações

Com a finalidade de promover uma mudança no comportamento dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para melhorar a qualidade dos Serviços de Cirurgia sugere-se:

- A implementação de um programa de humanização no Serviço de Cirurgia de HBS, de forma a ir de encontro as necessidades, expectativas e emoções do utentes, garantindo assim a qualidade dos serviços prestados de forma integrada;

- Criar estratégia de comunicação de modo a desenvolver uma cultura de partilha de informações entre todos os intervenientes, na educação, promoção e prevenção da saúde;
- Elaborar um programa para os enfermeiros na área de humanização, liderança e comunicação;
- Estabelecer um sistema de atendimento com fundamento nos seguintes valores: eficiência, eficácia, foco no utente, efectividade e rapidez;
- Criar um sistema de tratamento eficiente de gestão de reclamações introduzindo mecanismo que possibilita recolha de sugestões e opiniões
- Aproveitar o serviço de apoio social para permitir uma rede entre família, comunidade utente e os profissionais de saúde.

CONCLUSÃO.

O trabalho foi desenvolvido sob o tema Serviços Hospitalares: Humanização dos cuidados de enfermagem com intuito de analisar o papel da humanização nos cuidados de enfermagem na satisfação dos utentes, através da realização de um estudo de caso, com a execução de questionários dirigidos a utentes e enfermeiros e, uma entrevista dirigida a enfermeira chefe, relativamente ao Serviço de Cirurgia, local pelo qual se realiza o estudo.

No que se refere a informação obtida por enfermeiros e utentes deste mesmo Serviço, ambos acreditam que há uma falta de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, recursos materiais, deficiente relacionamento médico-utente-enfermeiro que dificulta a consolidação do processo de humanização.

- O deficiente processo de humanização dá-se devido a sobrecarga dos trabalhos de enfermagem que não permite atender a cada utente de forma personalizada;
- Carência de materiais e equipamentos adequados, que dificultam o desenvolvimento cabal das funções dos enfermeiros;
- Necessidade de melhorar o sistema de comunicação médico-utente-enfermeiro;
- Na percepção dos utentes e enfermeiros inquiridos, há necessidade de uma política de privacidade;
- Necessidade de uma maior divulgação dos direitos dos utentes;
- Necessidade de melhorar a imagem dos enfermeiros;
- Fraco envolvimento dos familiares frente ao tratamento dos utentes;

Em suma, conclui-se existe uma necessidade por parte do HBS, na adesão de estratégias que promovam a implementação do processo de humanização, melhorando assim a qualidade do Serviço.

Conclui-se que com a realização deste trabalho que o HBS, não tem adoptado políticas suficientes para a promoção de humanização, visando o tratamento do utente de forma holística. Os resultados demonstram que embora haja melhorias no sistema de tratamento do utente criação de serviço de apoio do doente, todavia a percepção dos utentes é que ainda persiste o modelo biomédico.

Em suma, conclui-se que existe uma necessidade por parte do HBS, na adesão de estratégias que promovam a implementação do processo de humanização, melhorando assim a qualidade do Serviço.

A realização do trabalho foi uma experiência enriquecedora em termos teóricos, pois permitiu obter novos conceitos. E, aponta ainda que a partir das conclusões pode-se realizar pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Justina; LIMA, Marcelina; SILVA, Rosa (2013). Acidentes domésticos na infância [On-line], <http://www.portaldoconhecimento.gov.br>, 06/06/2013;
- ANDRADE, L. M. *et al* (2009). Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante [On-line], <http://www.fen.ufg.br>, 23/05/2013
- BACKES, Dirce Stein; FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valeria Lerch (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. [On-line], <http://www.scielo.br>, 01/06/2013;
- BERVIQUE, Janete de Aguirre (2005). Reflectindo sobre paradigmas. [On-line], <http://www.revista.inf.br>, 02/06/2013;
- BRITO, Gisele Ferreira de; VERGUEIRO, Waldomiro de Castro dos Santos (2013). A aplicação do modelo servqual para percepção da qualidade da biblioteca acadêmica. [On-line], <http://www.ebookbrowse.com>, 06/07/2013;
- BRITO, Raimunda Bandeira (2007). A importância do controle rigoroso dos recursos materiais numa instituição de saúde no contexto da enfermagem. [On-line] <http://www.uespi.br>, 05/07/2013;
- CAMARGO, Ana Dias Trajano; DIAS, Luciana de Oliveira (2002). Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. [On-line], <http://www.scielo.br>, 12/06/2013;

- CAMPOS, Claudinei José Gomes (2005). Metodologia qualitativa e métodos clínicos-qualitativo :um panorama geral de seus conceitos e fundamentos, [On-line] <http://www.sepq.org.br>, 08/03/2013;
- CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva; *et al* (2005). Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária. [On-line], <http://www.unioeste.br>, 13/03/2013;
- CHIZZOTTI, António (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais:evolução e desafios. Revista portuguesa de educação, [On-line] <http://www.redalyc.uaemex.mex>, 08/03/2013
- Código de ética dos profissionais de enfermagem (2009). Princípios fundamentais do profissional de enfermagem. [On-line], <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>, 15/06/2013;
- Correa, Alciris (2004). Ferramentas da qualidade total. [On-line], <http://www.pt.scribd.com>, 06/07/2013;
- COSTA, Carlos Eduardo da (2008). A importância da missão e visão dentro da organização. [On-line], <http://www.administradores.com.br>, 07/06/2013;
- DIAS, Maria Antónia Delgado (2006). Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. São Paulo.
- DOUTRA, Hericia Silva (2009). Comunicação e relações humanas no trabalho de enfermagem - trabalho em equipe. [On-line], <http://www.ufjf.br>, 13/06/2013;
- ELIAS, Eduardo Arrieiro (2011). Conceito de serviços hospitalares na visão do STJ e a base de cálculo do IRPJ e da CSLL na sistemática do lucro presumido. Belo Horizonte [On-line], <http://www.andradesilvaconsultoria.com.br>, 23/05/2013;
- Fekete, Maria Christina (2003). A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde. [On-line], <http://www.luciafreitas.com.br>, 06/07/2013;
- FERREIRA, Maria Manuela Frederico (2006). Organizações, trabalho e carreira. Lusociência.
- FERREIRA, Mónica Alexandra Gonçalves; PONTES, Manuela; FERREIRA, Nuno (2009). Cuidar em enfermagem-percepção dos utentes. [On-line], <http://www.bddigital.ufp.pt>, 13/06/2013;
- GERMANO, Ana; *et al* (2003). Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Ordem dos enfermeiros.
- GIL, António Carlos (1999) – Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas.

- GOMES, Germana Maria Neves (2010). História de Enfermagem em Cabo Verde. Gráfica do Mindelo, Lda.
- GRECO, Rosangela Maria (2009). Gerenciamento de recursos materiais em enfermagem. [On-line], <http://www.ufjf.br>, 05/07/2013;
- GUERRA, Sidney; AMERIQUE, Liliam Márcia Balmant (2006). O princípio da dignidade da pessoa e o mínimo existencial. [On-line], <http://www.fdc.br>, 15/03/2013;
- HENNINGTON, Élida Azevedo (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. [Online], <http://www.scielo.br>, 18/03/2013;
- HORTA, Wanda de Aguiar (2005). Processo de enfermagem, editora E.P.U.
- KEMP, Nan; RICHARDSON, Eileen (1995). A garantia da qualidade no exercício da enfermagem. Lisboa.
- LOPES, Catarina Taborda Ferreirinha Soares Sousa (2011). Cuidados centrados no doente em oncologia. Porto. [On-line], <http://www.repositorioaberto.up.pt>, 05/07/2013;
- MARCONI, Maria de Andrade e LAKATOS, Eva Maria(2007) Fundamentos de Metodologia, 6ª edição, São Paulo, editora: Atlas
- MARTINS, Ana Rita; CARVALHO; José Crespo de, (2010). Gestão da mudança na saúde - fundamentos e roadmap. 1ªEdição.
- MARTINS, Ana Rita; CARVALHO; José Crespo de, (2010).Gestão da mudança na saúde - fundamentos e roadmap. 1ªEdição.
- MARVÃO, Jorge (2011). Indicadores de qualidade no bloco operatório – o papel de anestesiológista no Centro Hospitalar do Porto. [On-line], <http://www.repositório.chporto.pt>, 20/05/2013.
- MATOS, Ana Cristina de C.; *et al* (2004). Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas. [On-line], <http://www.jbn.org.br>, 06/07/2013;
- MATSUDA, Laura Misue; SILVA, Neuza da; TISOLIN, Ana Maria (2003). Humanização da assistência em Enfermagem: estudo com clientes no periodo pós internação de uma UTI – Adulto. [On-line], <http://www.portalocupacional.com.br>, 01/06/2013;
- MELLO, Inaiá Monteiro (2008). Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. [On-line],

- <http://www.hcenet.usp.br>, 23/06/2013;
- Ministério da Saúde (2012). Hospital Dr. Baptista de Sousa. [On-line], <http://www.minsaude.gov.cv>, 06/06/2013;
 - Ministério de Saúde (2009). Gestão participativa e cogestão; Brasília 1ª edição.
 - Ministério de Saúde (2009). Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS; Brasília 2ª edição
 - MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; FONTES, Wilma Dias; CARNEIRO, Alan Dionizio (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. São Paulo.
 - MORETTO, C.C; TERZIS, A. (2007). A Humanização na Área de saúde Mental Pública: uma revisão teórica de trabalhos com equipes multiprofissionais [On-line], <http://www.associaçaocriança.org.br>, 01/06/2013
 - MOURA, Miguel Carneiro de (2006). Mudanças na gestão dos sistemas de saúde - o modelam candiano. [On-line], <http://www.scielo.oces.mctes.pt>, 21/06/2013;
 - NAVARRO, António Fernando (2012). Gestao de mudanças e seus impactos nas organizações. [On-line], <http://www.ebah.com.br>, 17/06/2013;
 - NAVARRO, António Fernando (2012). Gestão de mudanças e seus impactos nas organizações. [On-line], <http://www.ebah.com.br>, 17/06/2013;
 - ONIAS, Juvercina Maria Tobias da Costa; CARVALHO, Jair António de; ESCOBAR, Karine Alves do A. (2013). Humanização e integralidade da atenção á saúde Reprodutiva da Mulher no Sistema Único de Saúde – SUS. [On-line], <http://www.itepac.br>, 01/06/2013
 - BEDNAR, D.; GRINSHAW, J. Russal (2001). Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Ordem dos enfermeiros [On-line], <http://www.ordemenfermeiros.pt>, 13/06/2013;
 - M., Alexander; P., Runciman (2003). Compência do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos enfermeiros. Grafinter. [On-line], <http://www.ordhomensfermeiros.pt>, 06/07/2013;
 - MCKENZIE, Nancy (2006). Serviços hospitalares. [On-line], <http://www.surgeryenciclopedia.com>, 07/07/2013;
 - PELISSARI, Anderson Soncini; *et al* (2011). Aplicação e avaliação do modelo de Servqual para analisar a qualidade do serviço. [On-line], <http://www.aedb.br>, 06/07/2013;
 - PEREIRA, Natalia das Graças Garcia (2008). Comunicação de enfermeiro/utente

- num serviço de urgência. [On-line], <http://www.repositorioaberto.uab.pt>, 13/06/2013;
- PINTO, Cristina Maria Correia Barroso (2003). O respeito no cuidado de enfermagem: perspectiva do doente terminal. Porto. [On-line], <http://www.repositorio-aberto.up.pt>, 13/06/2013;
 - PONTE, Graciela; PEREIRA, Nuno (2009). Vivências e motivações do enfermeiro no cuidar do utente com doença mental. [On-line], <http://www.repositorio-cientifico.uatlantica.pt>, 13/06/2013;
 - PONTE, Vera Maria Rodrigues (2006). Análise das metodologias e técnicas adotadas nos estudos brasileiros sobre Balanced Scorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006 [On-line], <http://www.unifor.br>, 13/03/2013;
 - RABELO, Ricardo J. (2010). Gestão de mudanças [On-line], <http://www.das.ufcs.br>, 17/06/2003;
 - RIOS, Izabel Cristina (2009). Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão; áurea editora.
 - ROCHA, Carmen Lucia Antunes (2001). O princípio da dignidade da pessoa humana e a exclusão social. [On-line], <http://www.egov.ufsc.br>, 15/03/2013;
 - ROCHA, Marcia Jacinta Ribeiro; ROCHA, Maria Sonaira (2008). A humanização de enfermagem no cuidado hospitalar: um olhar sobre o centro cirúrgico, [On-line]
 - RODRIGUES, Andreia Cristina; *et al* (2011). Serviço Social e Humanização: Experiência da Residência em Saúde. Campinas;
 - ROSÁRIO, Elsa Maria de Oliveira Cabeças dos (2009). Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. [On-line], <http://www.repositorioaberto.uab.pt>, 13/06/2013;
 - SANTOS, Sérgio Ribeiro (2007). Administração aplicada a enfermagem. Editora ideia. 2ª Edição. [On-line], <http://www.ptscripd.com>, 07/07/2013;
 - SCHWENKOW, Fabiane Cristina Matias (2010). Um olhar sobre o Papel da Arte e da Cultura na :Humanização do Cuidar: artigo arte despertar;
 - SILVA, Jorge Luiz Lima da; *et al* (2007). Reflexões sobre a humanização e a relevância no processo de comunicação. [On-line], <http://www.uff.br>, 12/06/2013;
 - ZANON, Uriel (2001). Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro. Medsi editora.

ANEXOS

Anexo 1

Guião de entrevista sobre os cuidados de enfermagem de forma humanizada no serviço de Cirurgia.

O trabalho de investigação versa o tema : “Serviço Hospitalar: Humanização dos Cuidados de Enfermagem”

- 1) O que é humanizar os cuidados de enfermagem para si?
- 2) Considere que humanização é tornar os cuidados de saúde mais adequada a cada pessoa?
- 3) Na sua opinião a humanização traduz-se na familiaridade de acesso a unidade de saúde?
- 4) E qual é o nível de satisfação dos cuidados prestados neste serviço de Cirurgia?
- 5) Os doentes sentem-se seguros neste sector de Cirurgia?
- 6) Este sector tem equipamentos necessários para satisfazer as necessidades dos cuidados prestados?
- 7) E o espaço físico desta enfermaria esta adequada ao internamento?
- 8) Aqui neste serviço tem uma media de 40 doentes neste sector?
- 9) O que tens a dizer sobre este numero de doentes e os cuidados prestados?
- 10) Os profissionais de saúde deste sector estão conscientes da importância da humanização?
- 11) O serviço de Cirurgia cumpre os horários estabelecidos para a realização das Cirurgias?

- 12) A limpeza do sector da Cirurgia esta de acordo com o tipo de cuidados prestados?
- 13) Os doentes são informados sobre a sua patologia ou sobre o diagnóstico da sua doença?
- 14) O comportamento dos enfermeiros e médicos transmite confiança aos doentes?
- 15) Neste serviço os procedimentos são realizados correctamente sem perdas desnecessárias de tempo ou necessidade de muitas deslocações?
- 16) A, adesão ao procedimento e ao medicamento depende do quê?