



## PERIOPERATÓRIO DE URGÊNCIA E O PRECONIZADO NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Percepções de um usuário

Ana Flávia Barros Cruz<sup>i</sup>  
Terezinha Andrade de Oliveira<sup>ii</sup>

**RESUMO:** *Estudo qualitativo, na modalidade estudo de caso, que teve como objetivo conhecer a realidade do atendimento recebido por um usuário do SUS, na condição de perioperatório de urgência, e associá-la com o preconizado na Política Nacional de Humanização (PNH). Desenvolvido através da técnica de história oral temática, registrou-se o relato das percepções de um usuário do SUS sobre seu atendimento em julho de 2007, em um hospital público da cidade de Salvador. Da análise do relato emergiram três categorias: a) Externando percepções do tratamento recebido na recepção: “desacohimento”; b) Externando percepções do tratamento no pré-operatório: “desinformação”; c) Externando percepções do tratamento no pós-operatório: “des-ambiência” - “des-alteridade”. Os resultados demonstraram falhas no atendimento, nas relações interpessoais, no acesso e organização dos serviços e no quesito ética profissional. Recomenda-se o pleno funcionamento de um grupo de trabalho de humanização como recomenda a PNH. Espera-se, com este trabalho, contribuir para melhoria do atendimento prestado no serviço público de saúde, por meio da divulgação da Política Nacional de Humanização e algumas de suas diretrizes, favorecendo uma reflexão, por parte dos profissionais de saúde, em relação a sua prática.*

**Palavras-chave:** Enfermagem; Perioperatório; Humanização da assistência; Política Nacional de Humanização.

### INTRODUÇÃO

A cirurgia de urgência interrompe o dia-a-dia do cidadão, tirando-o subitamente de suas atividades habituais e levando-o para o mundo estranho do hospital. (SILVA, 1994).

A comunicação eficiente entre o profissional e o usuário é um fator-chave na busca de uma assistência humanizada nessas condições. Entretanto, Schramm (2006) apud Maciak (2008, p 16) fazendo referência ao preparo do profissional, considera que, “se o prestígio das ciências experimentais foi cada vez mais dominando a formação desse profissional, por outro lado, as ciências humanas ficaram mais distantes, trazendo conseqüentemente a sua desumanização”.

O modelo biomédico, ainda hegemônico, desconsiderando a individualidade e integralidade, busca tratar da parte do corpo que se encontra doente, sem considerar que aspectos biopsicossociais interferem diretamente no *continuum* saúde-doença. Assim, o usuário do serviço não é identificado pelo nome que deseja, mas, muitas vezes, é “o fígado”, “a hérnia

<sup>i</sup> Acadêmica de enfermagem da Universidade Católica do Salvador – UCSAL/ BA (6º semestre). E-mail: afdiscipula@hotmail.com (Autora)

<sup>ii</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Docente dos cursos de graduação em Enfermagem da Universidade Católica do Salvador/ BA e da Universidade Estadual da Bahia (Orientadora)



encarcerada”, “o paciente do leito tal”. Mas quantas situações de desequilíbrio poderiam ser atenuadas ou, até mesmo, resolvidas com uma escuta ativa, acolhedora ou um esclarecimento prestado?

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro de oferecer a todo cidadão o usufruto digno da saúde respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade não pode, entretanto, se efetivar na vigência do modelo biológico-tecnista que transforma o corpo em um objeto e subtrai a subjetividade das pessoas. Transpor séculos de mecanização das relações, e a mentalidade de que os serviços de saúde públicos não são favores, requer esforço e iniciativas que apontem para uma nova realidade de formação dos trabalhadores, num processo ininterrupto de formação permanente e continuada. Nesse caminho, o Brasil elaborou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção, qualificando a saúde pública no país e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Para os serviços de Urgência e Emergência, a PNH orientou que, no período de 2003-2004, deveriam atender aos seguintes critérios:

Os serviços devem ter critérios de *avaliação de risco*, *acolher* e incluir a toda demanda; garantir resolução da urgência e emergência, promovendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários; promover a identificação da equipe, *acolher a rede social dos usuários* e *garantir toda informação necessária*; ampliar a escuta entre as equipes e a população, promovendo gestão participativa; ser confortáveis, respeitar privacidade e promover a *ambiência acolhedora*. (BRASIL, 2003)

Objetivou-se, neste trabalho, conhecer a realidade do atendimento recebido por um usuário do SUS, na condição de perioperatório de urgência, e associá-la com o preconizado na Política Nacional de Humanização. Durante a realização desse artigo, não foi encontrado nenhum estudo de enfermagem dessa natureza.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso, por meio da técnica: História oral temática, a qual permite apreender a percepção do sujeito a respeito do fenômeno em apreço. Através do depoimento foi possível compreender os fenômenos da maneira como eles foram experienciados ou como se mostraram ao serem explicitados. Este procedimento permitiu responder à questão motivadora do estudo: “O atendimento prestado a este usuário-colaborador está em sintonia com o preconizado na Política Nacional de Humanização?”.

A entrevista foi realizada em outubro de 2008, por um período de aproximadamente três horas, em um hospital universitário de Salvador. O relato foi registrado em formulário não estruturado. Os direitos éticos do entrevistado foram resguardados durante todo o processo, tal como é previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, o mesmo assinou o termo de consentimento, após devido esclarecimento e foi-lhe assegurado o direito de não concluir o estudo, se assim o desejasse.



## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A entrevista trouxe, na oralidade do usuário-colaborador, a forma como o mesmo vivenciou o atendimento de cirurgia de urgência desde a sua passagem pela recepção da instituição de saúde até os cuidados prestados pela equipe multiprofissional de saúde nas fases pré e pós-operatórias.

Buscou-se identificar, na história relatada, categorias temáticas relacionadas aos princípios e diretrizes propostos pela PNH e verificar se eles foram atendidos na situação referida. Da análise que efetuada sobre o relato, emergiram as três categorias temáticas que seguem.

### **Externando percepções do tratamento recebido na recepção: “des-acolhimento”**

Ao falar do tratamento recebido na recepção do setor de emergência de um hospital público de Salvador, o usuário-colaborador revelou insatisfação e indignação:

*“De início o tratamento não é bom. As recepcionistas acham que estão te fazendo um favor!” (em tom de indignação)*

*“Já cheguei lá com um laudo médico em mãos, mas ela queria desprezá-lo porque iam fazer outro laudo lá. Enquanto isso eu estava praticamente desfalecido de dor. Eu lhe disse, por favor, não descarte, não. Anexe à minha ficha e deixe que o médico diga se vai descartá-lo ou não”.*

Fica evidente a ausência de operacionalização de algumas diretrizes da PNH, dentre elas *acolhimento com classificação de risco* nestes trechos. Brasil (2004, p. 41-43) protocola a avaliação da dor abdominal aguda unidades de urgência e preconiza que dor associada alterações hemodinâmicas e/ou dispnéia é prioridade zero, isto é, necessita de atendimento imediato.

Rocha, Andrade e Souza (1993, p. 3) destacam que “nos casos de abdômen agudo, a dor representa um papel fundamental, sendo a principal e, muitas vezes a única manifestação”.

Estamos diante do fato que este usuário encontrava-se sozinho, de modo que não havia outra pessoa que pudesse preencher a ficha por ele. O que fazer diante dessas situações? O usuário acredita que poderia ser atendido de imediato, face às suas condições, e em seguida se efetuaria o trâmite burocrático.

Brasil (2004a) determina que a avaliação de risco e vulnerabilidade “não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, antes, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo” (p.13).

Assim, verifica-se, a necessidade de reordenar os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, inicialmente através de um melhor preparo dos (as) recepcionistas. Pois esses profissionais são, normalmente, os primeiros a fazer contato com aquele que procura uma unidade de emergência. E é quem geralmente “avalia” que este pode esperar mais meia hora na fila.

Quando se fala em humanizar o atendimento, todos os profissionais que atuam na unidade, e não apenas os enquadrados na categoria saúde, precisam ser incluídos nesse processo, porque é no



conjunto das atividades que são desenvolvidas que o “atendimento humano” (conseqüentemente, satisfatório) se faz sentir ou não.

A escuta qualificada pretendida pelo acolhimento não foi percebida pelo usuário, fato que se depreende da análise do primeiro trecho. Um estudo pormenorizado possibilitaria a descrição do comprometimento de outras diretrizes percebido nas falas acima, tais como: ambiência, alteridade, vínculo, autonomia, controle social e protagonismo. Essas últimas três estão sendo inconscientemente reclamadas pelo usuário na fala abaixo.

*“Acho que não era ela que tinha que desprezar o laudo médico que eu trazia. Se eu já tinha feito exames particulares?! Isso ia facilitar o diagnóstico e meu tratamento”.*

### **Externando percepções do tratamento no pré-operatório: “desinformação”**

*“Disseram-me que eu faria a cirurgia naquela noite. Fiquei todo o tempo na expectativa, não aconteceu e ninguém me falou nada”.*

A comunicação é um elemento fundamental na proposta de um atendimento mais humano. Souza (1997) enfatiza que:

o cuidado ao paciente cirúrgico exige (...) habilidades técnicas para a assistência pré, trans e pós cirúrgica e habilidades no relacionamento interpessoal, pois (...) todos os esforços técnicos serão em vão se não for cultivado o desenvolvimento de habilidades cognitivas com vistas a ações que minimizem a ansiedade desse cliente que, por sua vez, poderá levá-lo a sérias complicações e até ao óbito.

Também aqui se vê desmerecida a diretriz *acolhimento*, sobretudo em um de seus objetivos que é visa ao “aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles” (BRASIL, 2004a). A acepção de acolhimento não se encerra na chegada do usuário, ela perpassa toda a estadia deste na unidade.

Um outro aspecto da PNH que se mostra prejudicado aqui é o da *ambiência*, pois segundo o glossário do HumanizaSUS (Brasil, 2004b, p.51-52), “muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário”.

O atendimento com atenção e comprometimento confere certa satisfação e empatia com o profissional/ instituição, fato que contribui para geração de confiança. O contrário também é verdadeiro e crítico, se a situação é de um período pré-operatório, pois tal desconfiança e insatisfação se somarão aos sentimentos de medo e insegurança quanto ao procedimento e a qualidade técnica da equipe cirúrgica, como destaca Silva (1994).

### **Externando percepções do tratamento no pós-operatório: “des-ambiência” - “des-alteridade”**

*“Quando acordei da cirurgia, já na enfermaria, me vi cheio de soros, sonda e uma bolsa em minha barriga com um pedaço para o lado de fora que eu não sabia o que era”.*



Nesse trecho o usuário faz referência ao estoma e a bolsa de colostomia. Ele foi para o centro cirúrgico ciente de que provavelmente lhe extirpariam o apêndice. Mas a equipe cirúrgica encontrou outra realidade ao abrir-lhe o abdômen e fez-se necessário colostomizá-lo.

Rocha, Andrade e Souza (1993) salientam que o quadro de diverticulite é de difícil caracterização diagnóstica, sendo muitas vezes confundidas com outras condições, a exemplo da apendicite. Talvez isso justifique o fato de não ter sido cogitada a necessidade de se realizar uma colostomia antes da operação, e assim poder explicar o procedimento ao usuário previamente, solicitar sua autorização e prepará-lo psicologicamente. Mas o fato põe em questão a possibilidade de, quando não há diagnóstico fechado, prevenir o cliente, antes da cirurgia, de que uma situação como essa pode ser a única saída.

De certo, se não houve mesmo condições de se preparar o cliente antes, dadas as peculiaridades de uma cirurgia de urgência, uma maior preocupação deveria ser despendida pela equipe de saúde quanto a informação e apoio psicológico desse cliente, assim que ele se recuperasse dos efeitos anestésicos. A equipe precisava prever o “choque” a que o indivíduo seria submetido ao olhar para seu abdômen quando acordasse. Espanto que esta evidente na fala destacada.

Rocha, Andrade e Souza (1993, p.186) enfatizam que, entre os cuidados que se devem ter com estomas, o “apoio psicológico e esclarecimento das dúvidas são atitudes imprescindíveis”.

Uma diretriz da PNH notadamente afetada, neste caso, parece ser a *alteridade*. O prefixo “alter” significa “outro”, em latim. Portanto, a alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas. (BRASIL, 2008a)

Esse princípio questiona toda conformação do modelo biomédico que notadamente norteou o atendimento do usuário em questão. Ele requer a percepção da existência do outro como pessoa, não como mais um corpo doente. Para um profissional que confecciona ou oferece cuidados a inúmeros estomas, este usuário era apenas mais um. Mas como esta pessoa se perceberá? O que ela sentirá ao acordar, e ver parte de seu intestino exteriorizado? Como ela encarará a questão de que não terá mais controle sobre a excreção de suas fezes e que suas eliminações se depositarão em uma bolsa em seu abdômen? Faz-se necessário considerar estes questionamentos para oferecer uma assistência mais humana. Esse ser é único, mas há uma grande dificuldade de sermos sensibilizados para perceber isso e tratá-lo como tal. Envolve colocar-se no lugar do outro, enxergar-se no outro. E, se este princípio não é respeitado, automaticamente se subtrai desse indivíduo a possibilidade do *protagonismo*.

Sobre a questão da unicidade do ser, no contexto da alteridade, Salada (1999) acrescenta:

Um posicionar-se dos profissionais da saúde contemplando o outro – o paciente – não mais como um *paciente* (ser passivo e sofredor, incapaz), mas como um semelhante, numa relação simétrica (ou o mais próximo que possa ser), na qual ambos se contemplam como seres humanos únicos.

Uma outra diretriz da PNH que se aplica a esta fala é a de *habilitar*. Diante da nova realidade em que este sujeito está situado, é preciso habilitá-lo para esta nova realidade biopsicossocial.



Neste caso, além do devido esclarecimento sobre o procedimento cirúrgico feito e dos porquês, necessita-se fornecer todas as orientações e recursos, além de apoio psicológico, que o permita adaptar-se a essa nova situação.

*“Senti muita dor. Comecei a chamar a enfermeira às 18h e ela só apareceu às 22h. Quando eu questionei isso, ela me disse que não foi a ela que eu chamava porque ela tinha chegado às 19h!”*

O usuário-colaborador não faz distinção entre a figura do enfermeiro, do técnico ou auxiliar de enfermagem. A palavra “enfermeira”, neste caso, pode referir-se a qualquer elemento da equipe.

A PNH pressupõe que do encontro entre o usuário que busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade cria-se um *vínculo*. Este vínculo é um processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos. (BRASIL, 2008a)

A presença constitui-se em uma das categorias mais importantes do cuidado. A presença terapêutica “toma conta” do cliente, conferindo-lhe coragem e esperança. E uma das formas de ser presença é através da afetividade e do interesse”. (OLIVEIRA, 2006 apud WALDOW, 2004).

Como se vê este vínculo não se estabeleceu, ao contrário, perpetuou-se uma clássica relação de poder entre ambos, na qual, o profissional de enfermagem subjuga aquele que está a seus “cuidados”, sobretudo ao não desculpar-se e/ou justificar a sua ausência, ignorando a aferição do quinto sinal vital (dor), que deveria ter sido procedida logo no início do plantão.

Tem-se aqui o reflexo do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores o que diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2004) Cabe, também, questionar se estão sendo respeitados, no hospital em questão, os parâmetros para estabelecimento do quadro quantitativo de profissionais de enfermagem necessários para prestação digna da assistência de enfermagem, definidos na resolução COFEN-293 / 2004.

Na situação em questão, o usuário está vulnerável, pois se encontra em um ambiente diferente do habitual, em meio a pessoas estranhas em cujas mãos, de certa forma, está a sua vida. *Visita aberta e direito à acompanhante* é, também, um dispositivo da PNH cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde. (BRASIL, 2008c, p.3) Possivelmente, a presença de um acompanhante durante o tempo de permanência deste usuário na unidade de saúde facilitaria sua comunicação com a equipe e contribuiria para que este se sentisse mais seguro, ao tempo em que, na situação referida, poderia contribuir para tomar a sua defesa.

As considerações feitas sobre a *alteridade* na análise da fala anterior são igualmente válidas para essa situação.



*“As camas em péssimas condições acentuam a dor da cirurgia (...) Lá não tem campainha. Para pedir ajuda eu batia uma cadeira no chão ou pedia a um colega de quarto para chamar!”*

A cartilha do HumanizaSUS sobre *ambiência* determina que “deve-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis”. Ela destaca a importância de alguns elementos como: morfologia, luz, cor, cheiro, som, sinestesia e arte.

O depoimento do usuário chama atenção para outros dois elementos que precisam ser abarcados neste quesito. O primeiro é o das camas que oferecem riscos ergonômicos, pois os colchões muitas vezes estão desgastados, as estruturas metálicas de sustentação rompidas e enferrujadas. A quase a totalidade delas, nos hospitais públicos de Salvador, são manuais o que exige esforço físico do usuário, acompanhante ou profissional de saúde para manipulá-la. Além disso, dadas as condições acima, ao girar a alavanca, pode-se encontrar muita resistência, e gerar um ruído estrondoso agudo que incomoda e, por vezes, limita a movimentação do leito, ficando o paciente em situação desconfortável. Não são poucos os usuários que reclamam de algia lombar não associada ao seu quadro clínico, mas às condições do leito.

Um segundo elemento que necessita ser inserido nas determinações dos manuais de arquitetura hospitalar e contemplados no dispositivo *ambiência* é o da existência de campainhas em cada leito. Em concordância, Mascarello (2005, p.28) associa a redução dos níveis de estresse dos pacientes à satisfação com as condições ambientais e ao conforto no uso de equipamentos e mobiliários. Sugere que “em quartos com vários leitos, cada paciente deve ter acesso igual aos controles de iluminação, telefone, televisão e campainhas de emergência, aumentando a confiança e a segurança”.

Na fala do usuário em questão, tem-se uma situação desumana, pois ele em meio a dores tem de fazer esforço para arrastar objetos a fim fazer-se ouvido por um profissional. Sabe-se que muitas enfermarias são compridas, de modo que muitos leitos encontram-se distantes do posto de enfermagem, inviabilizando escutar esse usuário.

Oliveira (2004) informa que a receita da maioria dos hospitais públicos, para investimentos em recursos físicos e infra-estrutura é limitada, o que torna a incorporação de tecnologias “um luxo inviável”. Contudo, penso que toda instituição que não dispõe deste recurso precisa ver como prioridade uma reforma para instalá-lo, uma vez que, muitas vezes, a campainha é o único meio eficiente de um usuário debilitado solicitar a ajuda da equipe de enfermagem. E constitui-se, portanto, em uma questão de segurança do paciente, não apenas de ambiência.

Saliente-se que “concluir as obras inacabadas e construir, ampliar, reformar e equipar unidades de saúde, que atendam a critérios de eficiência e racionalidade, reduzindo as desigualdades locais e regionais”, figura entre as metas do Ministério da Saúde brasileiro para o período 2008-2011, conforme determinado em Brasil (2007). É viável, dentro dessa premissa, a inclusão do projeto de instalação de campainhas para cada leito hospitalar instalação de campainhas. As mesmas colaborarão, inclusive, no alcance da *eficácia/eficiência*, relacionadas, na PNH, à questão da resolubilidade.

Finalmente, Cunha (2004) faz saber que:



O ser humano possui facilidade para se adaptar às mais diversas situações ambientais, por isso, em muitos hospitais, o que acontece é uma aceitação dos funcionários e pacientes às instalações, mesmo não contando com o auxílio destas para o desempenho de suas atividades, o que provoca uma queda na produtividade. Portanto, nos hospitais, onde pessoas são, por diversas vezes, atendidas com risco de vida, as equipes trabalham sob tensão, e os fatores ambientais não podem ser mais um motivo de estresse.

*“Passei uns dois dias perguntando aos médicos o que havia ocorrido. Eles diziam que iam olhar no prontuário e não voltavam.” (cada dia um médico diferente lhe atendia)*

*“Achava que eu tava tomando quimioterapia porque ninguém dizia o que eu estava tomando!”*

O terceiro critério estabelecido em Brasil (2003), “Os serviços devem garantir (...) toda informação necessária”, é repetidamente desrespeitado aqui. Retoma-se a discussão sobre a perpetuação do modelo biomédico que automatiza “o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o *vínculo* fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde”. (BRASIL, 2004)

Como constatado por Oliveira (2006), a ineficiência de um processo de comunicação entre profissional e cliente e a atitude de desconsideração que existe por parte de alguns elementos da equipe de saúde que não explicam adequadamente quando e onde e porquê ocorrem e para quê será realizado tal procedimento, pode favorecer conseqüências drásticas para o cliente, como se percebe na fala imediatamente anterior e na que segue.

*“Cheguei a ficar semi-depressivo. Não digo depressão porque nunca me permiti isso.” (sobre a percepção da colostomia e a condição de desconhecimento de sua situação de saúde )*

Esta fala evidencia o produto de um não-cuidado, de uma assistência desumanizadora ainda percebida nas instituições públicas de saúde, contrária a toda diretriz do HumanizaSus, requeridas pela PNH. Uma espécie de “biocídio”, definido por Waldow (1995) apud Oliveira (2006, P. 47), como uma despersonalização do outro, “aumentando sua vulnerabilidade e causando sofrimento de depressão”.

“Atitudes de não-cuidado ou ser descuidado em ‘situações de dependência e carência desenvolvem sentimentos tais como impotência, sentimento de perda e de ter sido traído por aqueles com quem se conta para ser cuidado’”. (IDEM)

Evidentemente que, diante das situações relatadas, não é difícil esperar que o indivíduo desenvolva sentimentos de temor quanto ao seu real estado de saúde conseqüentes alterações psicoemocionais que interferiram negativamente em seu processo de cuidado e restabelecimento. São cabíveis e extensíveis a todo profissional de saúde, as considerações de Oliveira (2006):

Os profissionais de enfermagem, ao desenvolverem um cuidado relacional, abrem um leque de oportunidades para que o ser cuidado cresça, desenvolva sua



potencialidades, expresse seus medos e angústias. Isso permite aos cuidadores oportunidade de desenvolver o cuidado sob uma nova perspectiva em que a confiança seja o ponto de partida para cuidar do outro em sua totalidade, abandonando assim a prática de um cuidado fragmentado que reduz o ser humano à soma de partes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consonância com achados da literatura, esse estudo mostrou que o atendimento prestado a um usuário na condição de perioperatório de urgência, em um hospital da rede SUS em Salvador, esteve centrado no modelo biológico-tecnicista, ora insustentável, e que não foi verificado, na oralidade do usuário-colaborador, aspectos de um atendimento humanizado, idealizados na PNH. Detectaram-se falhas no atendimento, nas relações interpessoais, no acesso e organização dos serviços e no quesito ética profissional.

Recomenda-se que tal instituição se enquadre nas diretrizes da política em questão, instalando, se já não houver, grupos de trabalho de humanização (GTH), conforme orienta a PNH, a fim de desenvolver ações de educação continuada com os profissionais, para que sejam familiarizados com a proposta e reorientados para um novo modelo de atenção a saúde, que promove a autonomia do sujeito, reconhece sua cidadania e não mais o trata como indigente, como o era há algumas décadas. Sugere-se ainda o funcionamento de uma ouvidoria local e a plena divulgação desse serviço aos usuários, como via de acesso para efetivação do controle social local e da gestão participativa. Espera-se que este estudo venha contribuir para melhoria do atendimento prestado no serviço público de saúde, na medida em que divulga a Política Nacional de Humanização e algumas de suas diretrizes e favorece uma reflexão por parte dos servidores em relação a sua prática.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde Direito de Todos**: 2008-2011. Brasília: 2007, Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 94 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, 32 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: 2004a, 48 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a, 72 p.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS Brasília: 2004b.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS Brasília: 2003.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante, 2. ed.** Brasília: 2008b, 32 p.

CUNHA, Luiz Cláudio Rezende. A cor no ambiente hospitalar. Anais do I congresso nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004. Disponível na Internet.

MACIAK, Inês. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência:** percepção da equipe de enfermagem e do usuário. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Itajaí (SC). Itajaí: 2008. 144f.

MASCARELLO, Vera Lucia Dutra. **Princípios bioclimáticos e princípios de arquitetura moderna** – evidências no edifício hospitalar. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2005, p.28.

OLIVEIRA, Marcio. Arquitetura Hospitalar e Incorporação Tecnológica – A experiência do REFORSUS, 2004. Disponível na Internet.

OLIVEIRA, Roseane Conceição Ribeiro de. **Vivenciando o cuidado perioperatório de enfermagem.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem/ UFBA. Salvador: 2006.

VALVERDE, Rosemar Camilo. **Humanização no parto: representações sociais de enfermeiros.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem/ UFBA. Salvador: 2002

RESOLUÇÃO N° COFEN-293 / 2004 de 21 de janeiro de 2004. **Resolução que dispõe sobre os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde.** Rio de Janeiro: 2004.

ROCHA, Paulo Roberto Savassi; ANDRADE, José Ivan de; SOUZA, Cláudio de. **Abdômen agudo:** diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1993, p. 186.

SADALA, M.L.A. A alteridade: o outro como critério. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 355-7, dez. 1999. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/469.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

SILVA, Alcino Lázaro da. **Cirurgia de urgência.** Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1994.

SOUZA, S. de M. A. de. **Diagnósticos de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos.** Salvador. 1997. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.