UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

INÊS MACIAK

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA:

percepção da equipe de enfermagem e do usuário

Itajaí (SC)

2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

INÊS MACIAK

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: percepção da equipe de enfermagem e do usuário

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – área de concentração em Saúde da Família, da Universidade do Vale do Itajaí, tendo como linha de pesquisa a Promoção da Saúde.

Orientadora: Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri

Itajaí (SC)
2008

Bibliotecária Dirce Lucia Mestriner CRB 930/9

M184h Maciak, inês
Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção da equipe de enfermagem e do usuário. /Inês Maciak. – Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí. 2008.
144f.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Humanização da assistência hospitalar.

INÊS MACIAK

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: percepção da equipe de enfermagem e do usuário

Está Dissertação foi adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovação pelo Programa de Mestrado e Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

Área de concentração: Saúde da Família

Itajaí, 30 de julho de 2008

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profª. Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri – Orientadora/Presidente
UNIVALI

_____

Profª. Dra. Rosita Saupe - Membro
UNIVALI

_____

Profª.Dra. Eliane Regina Preira do Nascimento - Membro
UFSC

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Wenceslau e Luzia, pelo amor, carinho, incentivo e seus exemplos de sabedoria de vida. Quem luta, um dia vence.

Aos meus irmãos, Ivani, Izabel e Irineu, pelos fortes laços de afeto que nos unem.

Ao meu querido filho Lucas, fica o meu exemplo.

Ao Aladir, meu companheiro, escolha de meu coração, por compreender minhas ausências e pelo seu carinho, atenção e cuidado, suportes que me ajudam a superar os desafios.

Aos meus adoráveis sobrinhos: Marina, Eduardo, Gabriel, Jéssica e Jackson.

Meus doces enteados: Sabrina, Maycon, Ana e Karina.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Força Superior, que nos ampara e nos permitiu vencer mais uma batalha da vida.

À professora doutora Juliana Vieira de Araújo Sandri, a qual serei eternamente grata por aceitar a tarefa árdua de orientar este trabalho, pela competência, disponibilidade, atenção, paciência, valorização de minhas potencialidades e pelo reconhecimento de meus limites, acreditando em mim. Sua dedicação me ensinou e me conduziu num processo de crescimento pessoal e de construção do conhecimento cientifico.

A todos os professores e funcionários do curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Univali, pela acolhida e por tornar possível o meu sonho que ora se transforma em realidade.

Ao PIPG (UNIVALI), pelo incentivo financeiro na realização do curso e suporte ao meu aperfeiçoamento profissional.

A minha companheira de trabalho, Fernandinha (bolsista), pela competência, disponibilidade, e valiosa colaboração durante todo o processo de construção. Você é parte importante desta conquista.

À banca examinadora, pela gentileza, presteza e generosidade com que aceitou participar deste processo de construção do conhecimento, trazendo seu potencial, seu vasto conhecimento e sua preciosa experiência profissional.

Ao diretor geral do HUOP, professor Alberto Pompeu, à diretora de Enfermagem, Luciana Prá (Lu), ao diretor administrativo Sérgio, à coordenadora do pronto-socorro, enfermeira Mírian, aos funcionários e colegas de trabalho, pelo incentivo e por proporcionar condições para a realização deste curso.

Ao reitor da UNIOESTE, professor Alcebíades, que autorizou a liberação de vinte horas semanais para estudo, possibilitando minha dedicação exclusiva à construção desta dissertação.

Aos usuários e seus familiares e aos profissionais de Enfermagem, sujeitos de amostra desta pesquisa.

Aos meus colegas, Kisi e Vasco, pelas inúmeras caronas, pelo seu companheirismo nos momentos de angústia e de conquista, de dificuldades e de vitória, enfim, pela partilha durante toda esta trajetória.

À Clair, comadre adorável. É de longa data que você, entre um chimarrão e outro, lê e contribui valiosamente na construção dos meus textos. Já disse que, em vários dos meus certificados, seu nome deveria estar junto.

A todos os meus colegas de trabalho, principalmente, Rômulo pelas valiosas aulas de informática, Dercy, Dulce, Terezinha, Eliana, Márcia, Jô e as enfermeiras Maria Aparecida e Silvana, por segurar as pontas, quando me ausentava do trabalho, sem contar as contribuições nas leituras.

Enfim, a todas as pessoas que passaram pela minha vida. Elas sempre deixam um pouco de si e levam um pouco de nós.

A História do Hospital Que Resolveu Fazer Humanização

Autor: Severino Rio Grande

1. Nesta hora iluminada,
De muita reflexão,
Quero chamar atenção
Dessa gente interessada,
Para uma realidade
Sem dó e Ainda pouco
divulgada.
sem piedade

2. Antes, porém, vou dizer
De onde veio a idéia:
Não é uma panacéia,
Todos vão compreender,
Pois na área de saúde
Há algum tempo eu pude
Muita coisa triste ver.

3. Nosso povo ainda pena
Em filas de hospitais;
E sempre sai em jornais
Alguma indigna cena;
Mas esse antigo sistema,
Que só traz muito problema,
Pode ficar bom demais.

4. Muita coisa tem mudado
Em favor do cidadão,
Desde a Constituição
Ninguém mais fica calado;
Por isso exige mudança,
E eu tenho esperança
Que mudará este lado.

5. Aliás, já começou,
E agora vou lhe contar
Coisas de admirar
Que a gente comprovou:
Vou mostrar o hospital
Que humanizou geral
E a situação mudou.

6. Bastou ter um diretor
Interessado em mudar,
Para a coisa melhorar
E realmente melhorou;
Um melhor atendimento
Apareceu de repente,
Com ajuda do servidor.

7. E quem ganhou foi o povo
Que procura o hospital
Quando sofre qualquer mal
Que o posto diz - não resolvo;
Recebido com atenção,
Todos gostaram, então,
Daquele estilo novo.

8. Logo na recepção
É notada a diferença,
Seja qual for a doença
Merece toda atenção;
Logo a partir do porteiro,
Que traz a maca, ligeiro,
E atende ao cidadão.

9.Em seguida ali tem gente
Para saber o que é que tem,
E com atenção também
Já resolve de repente;
Toma logo providência,
Com toda eficiência
E a pessoa vai em frente.

10. Não perde tempo com nada,
O que vale é atender;
Tratamento pra valer,
Não pode levar maçada;
Tem que dar a solução,
Pra nossa população
Não ficar desamparada.

11. Parece uma ficção
Aquele belo hospital
Que respeita o cidadão
E trata bem do seu mal;
Desse jeito, com certeza,
Essa agradável surpresa
Vai terminar no jornal.

12. O pessoal tá falando
Na tal de humanização
Que usa até canção
E o povo vai se curando;
É uma grande lição
De amor e emoção,
Que o hospital ta dando.

13. Todos ali tratam bem,
Do Porteiro ao Diretor,
Maqueiro, Carregador,
O Enfermeiro também,
Médico e Nutricionista,
Junto ao Laboratorista,
Acabou-se o desdém.

14.Tem ainda a Secretária,
a Assistente Social,
Psicólogo, que legal,
uma alegria diária,
pois agora o hospital

é um lugar fraternal,
com toda indumentária.

15. Até as cores mudaram,
Coloriram corredores,
Eu garanto aos senhores:
Meus olhos não me enganaram;
Agora até as crianças
Já brincam e fazem danças,
Pois novos ares chegaram.

16. Quando menos se espera,
Aparecem uns palhaços
Que divertem um pedaço
Como uma linda quimera;
Sorriem, cantam e dançam,
Trazendo a confiança,
Cada um deles se esmera.

17. Os médicos, atenciosos,
Eu só digo porque vi,
Pois meu nome eu ouvi,
Com essas coisas não proso,
Até pra mim ele olhou,
Tanta coisa perguntou,
Eu não sou dos mentirosos.

18. Chegando ao laboratório,
Outra surpresa se tem:
Tudo ali é bom também,
Não tem grande falatório;
Fizeram os meus exames,
Sem precisar de reclamos,
Ou de algum adjutório.

19. Beleza, como se diz,
Que pude presenciar,
Eu vi um coral cantar
E fiquei muito feliz;
Era de arrepiar,
Um som tão lindo no ar,
Do jeito que eu sempre quis.

20. É um clima de alegria,
Por onde a gente passa,
Não se fala em desgraça,
Nem de noite nem de dia;
Todos têm o prazer
De cumprir o seu dever,
É algo que contagia.
21.Não tem hora pra visita,

Visita é toda hora;
Menino, homem, senhora,
É uma coisa bendita;
Os doentes se animam,
E os visitantes primam
Pela ordem que se dita.

22. Ninguém fica sem resposta,
Por mais que vá perguntar;
Pode até se admirar,
Pois todo mundo ali gosta
De ajudar quem necessita:
Que atitude bonita,
Tenho que aqui registrar.

23. Outra observação
Que fiz pelo corredor,
Funcionário falador
Nunca tem vez ali não;
Pois do simples servidor
Ao mais formado doutor,
Ética é obrigação.

24.Cada usuário doente,
Que vai ali se tratar,
Só tem mesmo a ganhar
Naquele belo ambiente;
Todos vão lhe informar
Sobre o que vai se passar,
Do comum ao diferente.

25. Se vai p´ruma cirurgia,
Chega com tranqüilidade,
Sabendo toda a verdade,
E isso já lhe alivia;
Por isso o resultado
É sempre comemorado
Com bastante alegria.

26. Até reza que precisa
O doente tem direito;
E sua crença do peito
É sempre obedecida;
Também se não quer rezar,
Pode se tranqüilizar;
Ninguém lhe dará batido.

27. Apesar de tudo isso,
Existe mal entendido
Ou por algum sucedido
Alguém falta ao compromisso;
Mas nunca fica assim,
Pode recorrer, enfim,
Ao ouvidor de serviço.

28. E lá na Ouvidoria
Registra reclamação,
Sem qualquer contemplação
Proteção ou primazia;
E chega com a certeza
De que não será moleza,
Nem enfrenta correria.

29. Sentimos no ar justiça,
Que vem de uma decisão
De fazer uma união,
Que só dá boa notícia;
Enxergar esta bondade
Sem fuxico ou falsidade,
Para mim é uma emoção.

30. Para entender melhor
O que estava se passando,
Cheguei logo perguntando,
Sem piedade nem dó;
E todos me respondiam,
Pois todos ali sabiam
Como numa boca só.

31. Era a humanização
Que havia ali chegado;
Todo mundo está ligado
Numa imensa união;
Que vem dando resultado,
Num tirinete danado
De muita reunião.

32. A partir dos diretores,
Houve o envolvimento
Com um claríssimo intento
De acabar os favores;
Melhorar a qualidade,
Modernizar de verdade,
Apesar de algumas dores.

33.Muitas iniciativas
Foram ali encontradas;
Outras já foram criadas,
Coisa significativa;
Que mudou para melhor,
Motivou numa voz só,
Tudo de bom incentiva.

34. Há uma expectativa
Nessa humanização:
Sem qualquer contemplação,
Uma coisa muito viva;
Criar uma nova cultura,
Que garanta à criatura
O bem prá que sobreviva.

35. Eu soube lá na esquina,
Conversando com alguém,
Que outros hospitais também
A quem o amor fascina,
Já estão interessados
Em ter hábitos mudados,
Igual a este, menina.

36. Se a gente for olhar
Cada coisa que mudou,
As consultas que marcou,
E o que deixou de esperar,
Com o novo atendimento,
E as visitas de momento,
Dá vontade de chorar.

37. Agora tem até filme
Pra ver na televisão;
Tem a sinalização,
E crachá no peito, firme,
Tem até recreação,
E gostosa refeição,
Tudo para acudir-me.

38. Tem muita informação,
E tem muita gentileza,
Atenção, uma beleza,
Tem também compreensão;
E os encaminhamentos:
Sigilo, é outro tento,
Que é humanização.

39. A gente vê higiene,
Vê também manutenção,
Uma grande integração,
Não é coisa que se encene;
São uns atos de verdade,
Que desprezam a maldade:
O que vale é a sirene.

40. Faltava falar no SUS,
Este gigante sistema,
Um verdadeiro emblema,
que paga a quem faz jus;
Para atender os doentes,
De forma inteligente
Foi uma idéia de luz.

41. Tudo isso é de direito,
Mas estava desprezado,
Não era humanizado,
Nem na maca nem no leito;
Vai em frente, hospital,
Teu futuro é colossal
Faz o povo satisfeito.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS..... 10

LISTA DE SIGLAS 11

RESUMO 12

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 Apresentação 14
1.2 Contextualização 20
1.3 A Vivência da Pesquisadora na Unidade de Emergência do HUOP..... 22

3 EMBASAMENTO TEÓRICO..... 26
3.1 Política de Humanização 26
3.2 Humanização e Enfermagem 31
3.3 Educação Permanente e Humanização..... 33

4 METODOLOGIA 38
4.1 Tipo de Pesquisa 38
4.2 Sujeitos Pesquisados..... 39
4.3 Cenário de Atuação 40
4.4 Coleta de Dados 40
4.5 Apresentação e Análise dos Dados 44
4.6 Aspectos Éticos 46

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES 48
5.1 Caracterização dos Sujeitos 48
5.2 Humanização da Assistência de Enfermagem..... 49
5.2.1 Logística no Atendimento de Enfermagem no Pronto-socorro do HUOP.... 51
5.2.2 Assistência de Enfermagem 81
5.2.3 Educação Permanente 106

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 117

REFERÊNCIAS 126

APÊNDICES 137

ANEXOS..... 144

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Análise dos dados: categorias e subcategorias do tema..... 45

Quadro 02 - Identificação dos usuários ou familiares.....141

Quadro 03 - Identificação dos profissionais 142

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CIB	Comissões Intergestoras Bipartites
CIT	Comissões Intergestoras Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRL	Central de Regulação de Leitos
EAS	Estabelecimento de Assistência a Saúde
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
GT	Grupo de Trabalho
GTH	Grupos de Trabalho de Humanização
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
ICN	Conselho Internacional de Enfermagem
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS
PAC	Posto de Atendimento Continuado
PAID	Programa de Assistência e Internação Domiciliar
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SAMU	Serviço de Assistência Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Intensivo de Assistência ao Trauma e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TFM	Teto Financeiro Municipal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade do Oeste do Paraná
UOPECAN	União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
UTI-G	Unidade de Terapia Intensiva Geral
UTI Neonatal	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI-P	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

MACIAK, Inês. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: **percepção da equipe de enfermagem e do usuário**. 2008. (Dissertação) – Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2008.
Orientadora: Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), após conquistas e muitas lutas, conseguiu ampliar a cobertura e o acesso à assistência a saúde e, atualmente, volta sua atenção para um novo desafio que é a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Ações e estratégias estão sendo viabilizadas para melhorar o contato humano entre profissionais da Saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade; proporcionar qualidade e eficácia na atenção dispensada aos usuários e difundir uma nova filosofia de humanização na rede hospitalar brasileira credenciada pelo SUS. Este trabalho teve como objetivo analisar, através da percepção do usuário ou do familiar atendido no serviço de emergência de um hospital público, a assistência de enfermagem humanizada recebida e, do profissional de enfermagem, a sua assistência prestada ao usuário. É um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os participantes foram os usuários ou familiares, que receberam cuidados de enfermagem e os profissionais de enfermagem, que trabalham na unidade de emergência de um hospital público. Para a coleta de dados na primeira etapa, foi realizada uma entrevista com um roteiro de perguntas semi-estruturadas, gravada em MP3, e utilizado um diário de campo para registros de observações e intercorrências durante a entrevista. Após a categorização dos dados colhidos, aconteceu o segundo momento da coleta de dados, com dois encontros, um pela manhã e outro a tarde, com a apresentação dos dados preliminares para os profissionais de enfermagem, participantes da pesquisa, e demais profissionais interessados no tema para discutir os resultados e planejar ações que possam contribuir para uma assistência de enfermagem humanizada. Os dados coletados foram compilados, analisados e categorizados em três grandes categorias: 1) Logística no atendimento de enfermagem do pronto-socorro; 2) Assistência de enfermagem; 3) Educação Permanente. Pelos resultados, é possível instigar a formação de um grupo de trabalho de humanização no hospital, previsto na filosofia de humanização hospitalar, tendo como fundamentos o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e a Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS, definido pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; humanização da assistência hospitalar; serviço de saúde, emergência.

MACIAK, Inês. Humanization of nursing care in an emergency unit: **perceptions of the nursing team and users.** 2008. (Dissertation) - Master`s Degree Health and Management of Work Program, University of Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2008.
Supervisor: Dr. Juliana Vieira de Araújo Sandri

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS), after many conquests and struggles, managed to extend its health cover and access to healthcare, and is currently focusing its attention on a new challenge, which is to introduce a National Program for the Humanization of Hospital Attendance (NHAHP). Actions and strategies are being made possible to improve the human contact between healthcare professionals and users, between professionals, and between the hospital and the community, with the aim of providing quality and effectiveness in the attendance given to users, and promoting a new philosophy of humanization in the Brazilian hospital network which forms part of the SUS. This objective of this work is to analyze, through the perceptions of users attended by the emergency service of a public hospital, or their families, whether they have receive a humanized nursing care, and through the perspectives of the nursing professionals, their care provided to the user. This study takes a qualitative approach, and is of a descriptive and exploratory nature. The participants were users or their families, who had received nursing care, and the nursing professionals working in the emergency unit of a public hospital. For the data collection, in the first stage an interview was carried out with a script of semi-structured questions, recorded on MP3, and a field diary was used to record observations and occurrences during the interview. After the classification of the data collected, the second stage of data collection took place in two meetings, one in the morning and the other in the afternoon. The preliminary data were presented to the nursing professionals taking part in the research, and other professionals interested in the theme, for discussion of the results and actions that could contribute to a humanized nursing care. The data were compiled, analyzed and classified into three main categories: 1) Logistics in the nursing care in the emergency room; 2) Nursing Care; 3) Continuing Professional Development. From the results, it was possible to instigate the training of a humanization working group in the hospital, as part of the philosophy of hospital humanization, based on the principles of the National Hospital Attendance Humanization Program and the National Politics of Humanization - Humanize SUS, as defined by the Ministry of Health.

Key words: Nursing Care; Humanization of the Hospital Attendance; Health Service; Emergency.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

A origem do hospital como instrumento terapêutico é uma invenção que teve origem no final do século XVIII. O hospital nem sempre foi concebido como meio de cura, assim como a medicina nem sempre foi uma prática hospitalar. Naquela época, o hospital era uma instituição que prestava assistência material e espiritual aos pobres portadores de doenças. Portanto, era um lugar para morrer, não para tratar, com a finalidade de curar. Era uma instituição de exclusão, pois abrigava o doente pobre, como forma de proteger os indivíduos sadios do perigo que ele representava. Nesse período, os religiosos detinham o poder no hospital, cabendo ao médico ser chamado apenas para atender aos mais doentes entre os doentes (FOUCAULT, 1979).

Historicamente, as práticas de saúde tinham uma visão mais integrada do ser humano em seu meio. Jaeger (apud GALLIAN, 2000) lembra que Hipócrates de Cós, aproximadamente no ano 460 a.C., afirmava que as doenças não são consideradas isoladamente e como um problema especial, mas é no homem, vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que o médico se fixa com segura visão. Lembra Siqueira (2002) que o modelo vigente de ensino da Medicina foi estruturado por Abraham Flexner, no início do século XX. Naquele modelo predominavam regras cartesianas, em que o corpo humano era dividido em inúmeros pequeno lotes de conhecimento, o que inviabilizava a percepção do homem na sua integralidade, como um ser, ao mesmo tempo, biológico, psicológico, cultural e social. Com essa extrema racionalização da ciência, foram sendo formados os especialistas, cada vez mais centrados na sua área de conhecimento, atentos somente aos aspectos quantitativos do processo saúde/doença e, por outro lado, ignorando o homem em toda a sua subjetividade.

Os progressos alcançados nas ciências, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram modificando a maneira de atuação do médico, como afirma Schramm, 2006:

> Pois, se por um lado, o prestígio das ciências experimentais foi cada vez mais dominando a formação desse profissional, por outro lado, as ciências humanas foram ficando cada vez mais distantes, trazendo conseqüentemente a sua desumanização (SCHRAMM, 2006, p.33).

Gallian (2000) afirma que existe grande necessidade de “rehumanizar” a saúde, de desenvolver e fornecer recursos humanísticos para a formação e atuação dos profissionais da Saúde. Diz que só se pode falar em verdadeira evolução do conhecimento bioclínico, quando se procura a integração dos saberes que extrapolam o campo físico-experimental. As causas de toda mudança de relação dos profissionais da Saúde com o paciente têm relação com as descobertas cientificas e com a busca da espiritualidade. O processo de desumanização causa efeitos sociais, antropológicos, políticos e econômicos.

Para Palikowski (2002) as causas da “desumanizacão” da saúde podem ser divididas em duas categorias: intrínsecas e extrínsecas. As causas intrínsecas estão especificamente ligadas à atenção à saúde e também aos “efeitos colaterais” desse processo. As causas extrínsecas são ligadas ao meio e à formação e conexão do profissional da Saúde com a sociedade. Adotando essa lógica, podemos relacionar que as causas intrínsecas são conseqüências das causas extrínsecas.

O avanço do racionalismo tecnicista perdeu de vista o ser humano, trazendo consigo uma assistência à saúde fragmentada e mecanizada, com protocolos e rotinas para serem aplicados a todos os usuários do serviço de saúde, e, com isso, abandonou-se valores humanos, que necessitam ser resgatados para que a ciência seja realmente eficiente e resolutiva.

No Brasil, o setor da saúde passou por várias e notáveis evoluções tecnológicas e científicas. A ciência trouxe consigo a rapidez nas rotinas de trabalho, a economia de tempo e de espaço e muitos outros recursos aplicados em benefício do homem, porém não conseguiu substituir a pessoa que cuida.

Portanto, atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objeto a saúde. Não aquela que é entendida apenas pela ausência de doença, com seus desdobramentos “hospitalocêntrico” e “medicocêntrico” (centrada no hospital e no médico). A saúde é entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania e envolve indivíduo, coletivo e ambiente com todas as suas inter-relações (ANDRADE, 2001).

O sistema brasileiro de saúde passou por profunda transformação a partir da Constituição de 1988. O artigo 196 diz que:

> A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.33).

A construção do SUS marcou historicamente o setor da saúde, pois trouxe mudanças muito importantes e significativas nesse novo sistema, ao introduzir princípios doutrinários em que se destaca o da universalidade, e romper com o excludente sistema anterior, que dava acesso ao atendimento somente aos contribuintes do sistema previdenciário. Com base nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios e diretrizes doutrinárias:

> *I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - Participação da comunidade; IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - Organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a, p.04).*

Em 2000, acontece outro avanço para a saúde, quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH),

que divulga o conceito de humanização para todas as instituições hospitalares por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada, que visa o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais da Saúde e dos usuários:

> A humanização é entendida como valor, à medida que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-cientificos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (BRASIL, 2000, p.33).

O SUS, após conquistas e muitas lutas, tem conseguido ampliar a cobertura e o acesso à assistência à saúde e, atualmente, volta sua atenção para um novo desafio, que é a implantação do PNHAH, pois se defronta com a necessidade de melhorar qualitativamente os serviços prestados à população e, por isso, vem reestruturando suas ações e estratégias para a melhoria do contato humano entre profissionais da Saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, e também para melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários, difundindo uma nova filosofia de humanização na rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS. O PNHAH descreve que:

> O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de Saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades (BRASIL, 2002a, p.08).

Em 2003, o Ministério da Saúde, oficialmente, lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) e, a partir de então, a humanização passou a ser vista não mais como um programa, mas como política que perpassa as diversas ações e instâncias gestoras do SUS. Conforme documento destinado a gestores e trabalhadores do sistema de Saúde - o Humaniza SUS. A PNH aborda a humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicada na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção

de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão e identificação das necessidades sociais de saúde (SCHRAMM, 2006).

Em 2004, foi possível ampliar significativamente seu raio de ação, desenvolvendo um intenso processo de discussões e pactuações no âmbito dos estados, municípios e serviços. Isto acontece através de dispositivos, tais como: grupos de trabalho de humanização, oficinas e atividades de apoio institucional. A PNH se capilarizava, resistindo às habituais determinações verticais e normalizadoras do Ministério da Saúde. Essas ações eram acompanhadas da elaboração de conceitos e criação de subsídios práticos que davam suporte às intervenções (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Para os autores supracitados, falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa/conduta, já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo são, em um só tempo, a saúde e os sujeitos implicados. Por isso, a humanização do SUS como processo de subjetivação, se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas. A contribuição de Canguilhem (1978) acerca da normatividade da vida é indispensável. Este autor nos indicou como a vida se define, não por um assujeitamento às normas, mas por uma produção delas. A distinção proposta entre normalidade e normatividade dá a direção do tema da humanização como experiência concreta de *um homem* em processo de produção de si e de sua saúde.

Mediante a complexidade que rege o sistema de saúde, Leite e Strong (2006) defendem a necessidade de uma visão holística sobre a humanização da assistência hospitalar. Enfatizam que no período de internação no hospital o paciente normalmente se encontra fragilizado pelo seu estado de saúde e pela própria situação imposta pela internação, sendo retirado do seu cotidiano e passando a obedecer às regras institucionais. Faz-se necessário, então, que seja desenvolvida uma visão do ser humano como um ser singular que traz consigo uma história de vida impregnada de valores culturais.

Já, Gaylin (1997) descreve a hospitalização como uma experiência em que o indivíduo fica exposto a uma condição de passividade e impotência, que se assemelha a uma prisão. O paciente é vestido com a roupa da instituição, recebe ordens sobre o que deve fazer: levantar, deitar, comer. As discussões dos casos clínicos entre os profissionais da Saúde ocorrem geralmente na frente dos doentes, como se eles fossem objetos inanimados. Ferreira e Derntl (2005) lembram, também, que a hospitalização ocasiona a ruptura do cotidiano vivido na residência para um ambiente muito diferente do seu.

Embora o paciente doente seja geralmente mais dependente e apresente labilidade emocional, um aspecto que dificulta o seu tratamento é a visão estereotipada que se tem dele, como se fosse um indivíduo incapaz de tomar suas próprias decisões (COPPE; MIRANDA, 2002). Esse pensamento é reforçado por Ferreira e Derntl (2005), quando dizem que os pacientes internados são vulneráveis e dependentes. A maioria que se encontra em hospital público tem baixa ou nenhuma escolaridade, pode apresentar, em menor ou maior grau, deficiências visuais, motoras, táteis e auditivas, entre outras. O fato de estarem fora de seu local de residência, em um ambiente não adequado para recebê-los, agrava ainda mais este quadro.

Nations e Nuto (2002, apud SCHRAMM, 2006) acrescentam que a prática observada nos estabelecimentos hospitalares, de serem colocadas na posição de simples sujeitos passivos, não lhes dando oportunidade de externarem suas idéias e opiniões sobre a forma como estão sendo tratados, contribui para aumentar neles a sensação de isolamento e fragilidade. Além disso, o processo de cura é subjetivo, com significação própria para cada sujeito. Acrescentam, ainda, que os usuários muito têm a contribuir com os seus ensinamentos sobre si mesmo e suas representações do processo saúde/doença. Podem constituirem-se sujeitos ativos, uma voz legítima, para revelar os fatores necessários para promover uma internação saudável, que promova o restabelecimento de sua saúde, a partir da sua experiência/vivência no hospital.

Segundo Hoga (2004), a humanização pode ser entendida como o ato ou ação de tornar humanas as relações, ou seja, levar em consideração tudo que é relativo ao homem ou próprio dele. O termo “humanização”, nos últimos tempos, vem sendo bastante utilizado no âmbito da saúde em face de uma demanda

crescente no contexto brasileiro, em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos de que padecem e que são reforçados pela mídia e por publicações científicas na área.

Embora já tenha havido significativos avanços na trajetória de implantação do SUS, sabemos que inúmeros problemas ainda persistem sem solução. Há necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que tenham condições de responder às demandas do novo perfil epidemiológico do país (CHAIMOWICZ, 1997; ANDERSON, 1998).

1.2 Contextualização

Portanto, para que a consolidação do SUS realmente aconteça, o processo de humanização dos seus serviços torna-se um dos desafios mais significativos e importantes. Diferentes estudos e pesquisas têm demonstrado, em período recente, graus importantes de insatisfação dos profissionais da saúde e gestores, mas principalmente dos usuários que estão submetidos a condições impessoais de atendimento que não possibilitam nem o reconhecimento de suas verdadeiras necessidades, quanto mais estabelecimento de vínculos solidários (SCHRAMM, 2006).

Em virtude das ações humanizadoras e transformadoras propostas pelo SUS, constatam-se, no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), a existência de inúmeros problemas refletidos nos usuários e seus familiares e nos profissionais de enfermagem, como: pacientes graves chegam em ambulâncias, sem reserva de leito e garantia de atendimento imediato, oriundos de 25 municípios pertencentes a 10ª Regional de Saúde do Paraná, dos dois Pronto-Atendimentos de Cascavel, do Serviço Intensivo de Assistência ao Trauma e Emergência (SIATE), do Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU), dos dois Pronto-Atendimentos (PAC I e II) e dos acidentados da rodovia BR 277. Toda essa demanda acaba formando, ao longo do corredor da Unidade de Emergência do HUOP, filas de macas e cadeiras com pacientes que aguardam por leito, por cirurgia e procedimento ou internamento, além de outros pacientes que estão na sala de emergência, entre a vida e a morte, ou aguardando vaga de UTI.

Diante dessa diversidade crucial de situação de atendimento e serviços, observam-se familiares angustiados, sentindo-se impotentes ante à morosidade do atendimento, bem como funcionários de enfermagem exaustos e atarefados, correndo de um lado para outro, tentando amenizar a dor e o sofrimento da melhor forma possível.

Perante tal contexto, buscamos, nesta pesquisa, desenvolver um estudo voltado para avaliar se ocorre a humanização da assistência de enfermagem na Unidade de Emergência, porta de entrada da Instituição, mediante análise da percepção: a) dos usuários ou familiares - sobre o atendimento recebido, sua satisfação e quais os problemas enfrentados; b) dos profissionais da enfermagem – suas atitudes, prioridades e dificuldades durante a prestação da assistência dos cuidados aos usuários.

Diante da conjuntura estrutural do serviço público de saúde, que abrange um contingente enorme e que denota não dar conta da demanda dos usuários na Unidade de Emergência de maneira resolutiva e humanizada, encontra-se o profissional de enfermagem. Profissional esse que, muitas vezes, está sobrecarregado de atividades e em número insuficiente para atender a demanda, e que, no seu processo de trabalho, não percebe de que forma está prestando o cuidado, fazendo-o de maneira mecanizada, e pouco ou nada humanizada.

A atenção deste trabalho, voltada para aos profissionais de enfermagem, se deu em virtude de ser esse o profissional da Saúde que permanece junto ao usuário durante as 24 horas/dia e tem como essência o ato de cuidar, também, porque esta pesquisadora é enfermeira e atua no hospital de estudo. Desse modo, investigar como se dá a assistência de enfermagem humanizada, na visão do usuário, e a oferecida, na ótica dos profissionais da enfermagem, possibilita avaliar se a assistência nesse serviço ocorre ou não de maneira humanizada, nos traz informações da realidade vivenciada nos serviços de emergência do SUS, tanto daquele que recebe quanto daquele que cuida. Este estudo pretende responder as seguintes questões:

- A assistência de enfermagem prestada na Unidade de Emergência de um hospital público atende os princípios da humanização da PNHAH?
- Como os profissionais de enfermagem vêem a sua assistência prestada?
- Quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da enfermagem na prestação de um atendimento humanizado?

- Como os usuários e familiares vêem o atendimento recebido pelo profissional da enfermagem?
- Quais as facilidades e dificuldades encontradas no atendimento e na prestação dos serviços oferecidos pela unidade de emergência?

Portanto, este estudo tem como objetivo geral avaliar se os profissionais de enfermagem do serviço de emergência de um hospital público, na percepção do usuário ou do familiar e na da equipe de enfermagem, oferecem uma assistência de enfermagem humanizada. Para melhor compreender a complexidade da assistência de enfermagem humanizada no contexto emergencial e responder o objetivo central é necessário desmembrá-lo em outros, de forma mais específica, tais como: caracterizar o usuário pela: idade, sexo, escolaridade, situação socioeconômica, procedência e patologia; caracterizar o profissional de enfermagem pela: idade, sexo, tempo de formação, nível profissional, experiência e tempo de atuação na área, carga-horária de trabalho diária, e outros vínculos empregatícios; identificar, junto aos profissionais de enfermagem, se há compreensão da assistência humanizada; identificar junto aos profissionais como prevêem a assistência que oferecem na emergência; detectar, junto aos profissionais de enfermagem, quais são as facilidades e dificuldades para desenvolver suas atividades; averiguar junto aos usuários o atendimento recebido, suas facilidades e dificuldades; elaborar uma proposta de educação permanente visando a assistência de enfermagem humanizada no ambiente de emergência.

1.3 A vivência da Pesquisadora na Unidade de Emergência do HUOP

A formação profissional de enfermeira da pesquisadora ocorreu em 1994, desde então, trabalha na área hospitalar, intercalando com pequenas experiências em saude pública, isto é, atuou como enfermeira em unidade básica de saúde, coordenação de agentes comunitários de saúde, equipe de saúde da familia e Programa da Saúde da Família Indígena.

Em 2001, com a transformação de Hospital Regional em Hospital Universitário, houve necessidade de fazer o concurso público “6º Concurso UNIOESTE/HUOP” para a contratação de novos profissionais da Saúde, com o

objetivo de substituir todos os profissionais contratados pelo regime Celetista ou Temporário. Todavia, permaneceu um número reduzido de profissionais concursados em 1988 da Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

A pesquisadora participou e foi aprovada no referido concurso e lembra que, no primeiro dia de trabalho, a Diretora de Enfermagem apresentou as unidades assistenciais que não dispunham de enfermeiros. A maioria delas não havia um profissional. Por ordem de classificação do concurso, ocorreu a escolha da unidade de trabalho, e as vagas foram preenchidas.

Tendo oportunidade de escolher outras unidades, a pesquisadora optou pelo serviço de emergência por já ter experiência em UTI e Pronto-socorro em um hospital privado e, também, porque sempre se identificou com as atividades desenvolvidas na unidade de emergência. Lembra que os demais colegas ficaram surpresos com a sua escolha e pouco compreendeu, na época, o motivo de tal espanto e murmúrios. A Diretora, percebendo seu constrangimento, dirigiu-lhe palavras de incentivo e encorajamento. No dia seguinte, ao receber o plantão da unidade de emergência, é que foi interada da real situação de atendimento, e admitiu que ficou apreensiva e preocupada se, de fato, havia sido uma boa escolha. Assim, procurou manter a calma e buscar novas fontes de informações a respeito dos pacientes que, agora, estavam sob sua responsabilidade.

À medida que encontrava os pacientes, ficava cada vez mais transtornada com a situação. Eram pacientes deitados em macas, cadeiras e bancos de madeira, sem contar a fila imensa ao longo do corredor. Havia um odor abafado por falta de ventilação adequada. Não tinha como identificar quem era quem, muito menos o que tinham e do que padeciam. Porém, aos poucos a pesquisadora, em sua função, foi se localizando e se entrosando com a equipe. Alguns profissionais já trabalhavam na unidade, mas a maioria era contratada recentemente, e outros não tinham experiência de emergência.

Nessa época, além da demanda do Pronto-socorro, a equipe convivia com problemas relacionados a questões de baixa remuneração, sem incentivos ou estímulos algum por parte da direção. Freqüentemente, convivia com notícias da mídia sobre desvios de dinheiro público. Em conseqüência, faltavam medicamentos, agulhas, seringas, luvas, roupa para os pacientes. Os equipamentos iam para o conserto e nunca mais voltavam, porque era desviado. Não havia uniformes para profissionais. Enfim, era um caos trabalhar na emergência do HUOP.

Com o passar do tempo e, aos poucos, todos ajudavam. Havia um espírito de cooperação e solidariedade entre os profissionais. Faziam o máximo para atender os usuários da melhor forma possível, mas, ao final de cada turno, parecia que nada havia sido feito, porque a rotatividade de pacientes e a diversidade de atendimentos eram imensuráveis. Exauridos, ainda havia muito para fazer e terminar. Raramente se conseguia entregar o plantão com a unidade organizada e com todos os pacientes atendidos.

Um ano se passou, e pouco mudou na operacionalidade e resolutividade das atividades da Emergência. Nesse mesmo período, ocorreram modificações administrativas no HUOP, e com isso aconteceu também a mudança da Direção de Enfermagem. Ao assumir a nova Diretora de Enfermagem, a pesquisadora foi informada de seu remanejamento para outra unidade, porque a diretora que estava saindo solicitou a unidade de emergência como seu ponto de trabalho. Para não haver conflitos internos, concordou. Contudo, este tempo foi curto, porque teve que retornar à emergência um ano após ter saído. E, ao retornar, percebeu que pouco ou nada havia mudado. Todavia, houve uma ampliação e modernização de uma parte da estrutura física, que possibilitou construir uma sala de observação, com três enfermarias com atendimentos diferenciados para o gênero, e também para a pediatria; um quarto privativo com banheiro e ante-sala, atendendo às recomendações de isolamento. Assim que a obra ficou pronta, antes mesmo da inauguração, já começou a ser utilizada, pois este espaço com dezessete leitos melhorou muito as condições de atendimento. Porém, mesmo com essa ampliação física, as macas nos corredores estavam sempre presentes. Contudo, reduziu o tempo de permanência dos pacientes, diminuindo o sofrimento de quem esperava.

Em 2007, o HUOP, por ordem judicial, foi obrigado a abrir leitos psiquiátricos para atender a comunidade, porque não havia este serviço na rede de saúde. Esta ordem ocorreu porque o HUOP é o único hospital público de referência para os municípios da 10ª Regional de Saúde e, mesmo sem ter as condições mínimas de estrutura física e de recursos humanos para tal especialidade, e sem o devido credenciamento para este tipo de atendimento, teve que obedecer a justiça.

Nessa época, a pesquisadora já não atuava mais na Unidade de Emergência, mas presenciou todo o seu processo de mudança, porque os dezessete leitos de ampliação da emergência passaram a atender a clínica psiquiátrica de tratamento de

jovens drogadiços. Com isso, voltou-se à situação vivida anteriormente por mais um longo tempo.

Diante de tal conjuntura, outra reforma e ampliação física foi necessária na emergência, ou seja: os bancos de madeira foram substituídos por cadeiras confortáveis; novos mobiliários foram adquiridos; foi instalada a climatização do ambiente, a TV a cabo, e construída a cobertura na área externa da porta de entrada da ambulância, para evitar a chuva e o sol durante a remoção dos pacientes. Ao mesmo tempo, teve início outro projeto de reestruturação física, anexa à Unidade de Emergência, para a construção do Centro de Imagens, com uma área de 740m², no primeiro piso, e de 705m², no segundo piso, além dos 530m² no subsolo para estacionamento. Mas, ainda é necessário melhorar as condições físicas para acomodações mais adequadas dos usuários, assim como o espaço de trabalho para os profissionais desenvolverem seu trabalho.

Atualmente, a assistência acontece num espaço aproximado de 636m², isto é, uma sala de emergência, um quarto com dois leitos, usado como semi-intensiva, famácia-satélite, posto de enfermagem e três consultórios médicos. Portanto, não se tem quartos com banheiro ou espaços para acomodações adequadas, com camas para os usuários que estão em observação ou aguardando leito, e vaga para internação.

Desde que ocorreu a cedência de parte da estrutura física do Pronto-socorro à Clinica Psiquiátrica, a direção do HUOP está providenciando um novo espaço para transferir a ala psiquiátrica e devolver ao Pronto-socorro parte da sua estrutura física que lhe foi tirada. Porém, esta nova estrutura precisa ser construída. Por isso, a pesquisadora continua preocupada com o atendimento oferecido aos usuários e familiares do SUS na unidade de emergência, até que esse novo projeto seja levado a efeito.

3 EMBASAMENTO TEÓRICO

3.1 Política de Humanização

O termo “Humanização” começou a ser utilizado pela Organização Mundial de Saúde em 1996. Sua atenção voltava-se para a humanização do parto e bebês de baixo peso em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), mas logo passou a ser referência para toda rede pública. No Brasil, a legitimidade da temática ganha *status* quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2000).

Logo se percebeu que não eram somente as instituições hospitalares que necessitavam de reestruturação e humanização, mas todos os serviços de saúde. Então, em 2002, foi criado o Humaniza SUS, que é a Política Nacional de Humanização (PNH). Desde então a humanização tornou-se um eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS (BRASIL, 2002e).

Conforme os registros encontrados no relatório da Oficina Nacional Humaniza SUS, do Ministério da Saúde, denominada: Construindo a Política Nacional de Humanização, o SUS é uma conquista nascida das lutas pela democracia no país, e, em 1988, ganhou o *status* constitucional, garantindo o caráter constituinte do SUS, e permitindo a identificação dos problemas contemporâneos que acontecem na relação entre Estado e as políticas públicas. É esta relação que se quer problematizar com o projeto de uma PNH e retomar o que está na base da reforma da saúde do porte daquela que resultou na criação do SUS. Neste periodo de construção, a humanização se apresenta como estratégia de interferência no processo de produção de saúde considerando que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar a realidade e a si próprios num único processo. É, então, necessário investír na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, retomando a perspectiva de rede descentralizada e co-responsável que está na base do SUS. Uma rede comprometida com a defesa da vida, rede humanizada porque constrói permanente e solidariamente laços de cidadania (BRASIL, 2003c).

Humanizar a atenção e a gestão da saúde no SUS é o meio para a qualificação das práticas de saúde, acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vinculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (BRASIL, 2003_a).

A PNH foi implantada para "aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, o que implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho" (BRASIL, 2004_a, p. 07).

O objetivo da PNH é conduzir um processo permanente de mudanças da cultura de atendimento à saúde; promover o respeito a dignidade humana; sensibilizar profissionais e usuários para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado; garantir a instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de atenção à saúde (BRASIL, 2002_e).

A PNH veio para garantir saúde, não como valor de troca, mas valor de uso, pois é na dimensão da experiência concreta que encontramos um SUS que dá certo. A construção da PNH se fez por um reencantamento do concreto. No concreto da experiência da saúde pública, podemos encontrar a dimensão coletiva do processo de produção de sujeitos autônomos e protagonistas, na produção de sua saúde (BRASIL, 2003_a).

Segundo os documentos do Ministério da Saúde, os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, ao longo de duas décadas, convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens. Por um lado, os avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de eqüidade, integralidade e universalidade, por outro, a fragmentação dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção que ficam fragilizados (BRASIL, 2002_c).

O PNHAH nasceu de uma iniciativa do Ministério da Saúde de buscar estratégias que possibilitem a melhoria do contato humano entre profissional da Saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, visando o bom relacionamento do SUS (BRASIL, 2000).

Está descrito no PNHAH que os dilemas e desafios atuais do SUS estão relacionados, pois:

> A baixa qualidade dos serviços acaba sobrecarregando o sistema. [...] Se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais. Boa parte dos problemas poderia ser resolvida em um primeiro atendimento, se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional – usuário (BRASIL, 2000, p.07).

O PNHAH também afirma que o SUS conseguiu ampliar significativamente sua área de cobertura e de acesso. Os gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde sabem que, atualmente, o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta a população e centrar sua atenção para que os recursos públicos sejam investidos de forma responsável na busca pela eficácia e resolutividade em saúde. Sugere um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aperfeiçoar as relações entre profissionais da Saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência a saúde, “o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão se tornar organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender as expectativas de seus gestores e da comunidade” (BRASIL, 2000, p.03).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000):

> A política da humanização deve ser transversal ultrapassando as fronteiras rígidas dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde. Produzindo princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre diferentes profissionais, entre as diversas Unidades e Serviços de Saúde, entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2000, p. 02).

É sugerido, no PNHAH, cinco passos para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde, que são: 1) Sensibilizar a gestão

hospitalar; 2) Construir Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); 3) Fazer um diagnóstico da situação hospitalar em termos de serviços humanizados; 4) Elaboração e implantação de plano operacional de ação de humanização e; 5) Avaliação de resultados da implantação do processo de humanização (BRASIL, 2000).

O PNHAH apresenta os parâmetros de humanização dos atendimentos dos usuários que são as condições de acesso e presteza dos serviços: sistema de marcação de consultas; tempo de espera para atendimento; acesso de acompanhantes e visitas; sistema de internação; sistema de marcação, realização e resultados de exames. Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital: adequação/criação de áreas de espera; sinalização das áreas e serviços do hospital; instalações físicas e aparência do hospital; equipamento; refeições; meios para efetivação de queixas e sugestões; espaço de recreação e convivência dos pacientes; clareza das informações oferecidas aos usuários; identificação dos profissionais; informações aos familiares sobre o atendimento do usuário; informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde; informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade. Qualidade da relação entre usuários e profissionais: eficiência, gentileza; interesse e atenção; compreensão das necessidades dos usuários; informações aos usuários sobre o diagnóstico; tratamento e encaminhamento; e privacidade no atendimento (BRASIL, 2000).

O PNHAH completa esta apresentação com os parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais, que são: 1) Gestão hospitalar e participação dos profissionais: oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestado; oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários; manutenção de mecanismos de coleta de sugestões para a melhoria do trabalho; oportunidade de reconhecimento e resoluções de conflitos e divergências; e aplicação sistemática de normas de trabalho. 2) Condições de trabalho na instituição: áreas de conforto; segurança; equipamentos e materiais; higiene. 3) Condições de apoio aos profissionais: transporte; estacionamento e condições de acesso ao hospital; refeitório; área de descanso e convivência; atividades recreativas e/ou sociais; programas de atendimento as necessidades psicossociais dos profissionais; cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional; cursos ou treinamentos para melhoria

da relação com os usuários. 4) Qualidade da comunicação entre os profissionais: canais de informação e resolução de problemas e necessidades; canais de informação oficiais da administração do hospital; canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades. 5) Relacionamento interpessoal no trabalho: confiança; integração grupal; e cooperação. 6) Valorização do trabalho e motivação profissional: respeito; recolhimento; motivação; realização; e satisfação (BRASIL, 2000).

Para Leal *et al*. (2006), humanizar é um processo vivencial que permeia todas as atividades do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que se encontra no momento de sua internação.

Para o Ministério da Saúde, humanizar o atendimento não é somente chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, é ir além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente. Humanizar também é, além do amparo fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuadamente, e valorizar, no sentido antropológico e emocional todos os elementos implicados no evento assistencial. Na realidade, “a humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas” (BRASIL, 2002_c, p.10).

Na abordagem do manual do PNHAH humanizar é:

> Garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto, que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nosso semelhante. (BRASIL, 2000, p.3).

3.2 Humanização e Enfermagem

Os profissionais da saúde, atualmente, possuem novos e grandes desafios, em virtude da rápida transformação por que passa a sociedade, com novos problemas sociais, econômicos e políticos, exigindo do profissional novas maneiras de prestar, promover e de cuidar. Para que o profissional atenda às necessidades deste contexto, precisa reconhecer que cuidado deve ser integral, pois o homem é o todo. Sendo assim, a enfermagem precisa se conscientizar da necessidade urgente de retomar e reincorporar, com responsabilidade, o cuidado na prática assistencial, como forma de cuidar (BRASIL, 2000).

O verbo cuidar, em português, denota atenção, cautela, desvelo, zelo. Assume ainda características de sinônimo de palavras como imaginar, meditar, empregar atenção ou prevenir-se. Porém, representa mais que um momento de atenção. É na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (REMEN, 1993; BOFF, 2001; WALDOW, 2001).

O legado de Florence Nightingale, sem dúvidas, se faz presente em nossa formação e é marcado por uma dualidade: “disciplina, autoritarismo, organização por um lado; obediência, servilismo, docilidade por outro” (WALDOW, 2001, p.54). Também, a abordagem desta autora diz que a enfermagem é, por essência, desde o seu nascimento, expressa através do cuidado, para a garantia do alívio do sofrimento e manutenção da dignidade, em meio às experiências de saúde, doença vida e morte. Convém lembrarmos que o cuidado humano dispensado pelo enfermeiro deve atingir, além dos clientes e seus familiares, a equipe, de modo a garantir melhor relacionamento, interdependência, coesão e competência. O processo envolvendo o cuidar/cuidado tem ligação direta com a preocupação sobre a humanização da assistência, uma vez que os objetivos do cuidar envolvem, entre ambos, aliviar, confortar, ajudar, fornecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer, etc. A cura pode ocorrer ou não, assim como a morte. O cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidades, incapacidades e durante o processo de morte.

Segundo Backes; Lunardi; Lunardi (2006), perceber o outro requer uma atitude profundamente humana. Reconhecer e promover a humanização, à luz de

considerações éticas, demanda um esforço para rever atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado do paciente, o que também está enraizado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), evidenciando expressão de sistema de valores e moralidade de um grupo, pressupondo a imposição destes valores e não o seu questionamento. Quanto aos valores da profissão de enfermagem, o CEPE, no artigo terceiro, norteia a prática profissional para o respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa, sem qualquer discriminação. Mais do que se limitar a um conjunto de normas, o CEPE estabelece a responsabilização pela promoção do ser humano nas múltiplas dimensões.

"A implementação de um cuidado humanizado, no entanto, é mais do que o cumprimento de uma prescrição moral, pautada na obediência ao que deve ser, associada ao risco da punição frente a transgressões" (COHEN, 1995, p.37).

Backes; Lunardi; Lunardi (2006_a) relatam que ambientes coletivos acolhedores como os hospitais, por se tratar de um local onde os funcionários permanecem e dedicam diariamente grande parte do seu tempo, passam a ser considerandos por muitos como a sua segunda casa/família. Logo, quanto mais aconchegantes e acolhedores os múltiplos ambientes coletivos se constituírem, tanto mais próximas poderão ser as relações afetivas e humanas.

Chiavenato (1992) diz que a instituição hospitalar se constitui em um ambiente onde o ser humano trabalhador libera suas potencialidades e compartilha uma meta coletiva. Nesta, as pessoas dão algo de si mesmas e esperam algo em troca. A maneira pela qual esse espaço é moldado e estruturado influencia significativamente, e os objetivos pessoais de cada profissional e esse modo de ser do profissional podem afetar diretamente o modo de prestar assistência ao paciente. O ser humano se movimenta nos espaços organizacionais, construindo oportunidades de relações e vivenciando o cuidado na ordem do seu potencial para demarcação e utilização desse espaço/direito, ou seja, de dependência e interdependência.

Bettinelli (2004) diz que a humanização assume o caráter de um ambiente de cuidado, através da capacidade de combinar o valor técnico e estrutural com o valor ético e estético, no sentido de fortalecer os laços e as qualidades humanas e melhorar a qualidade de vida. Freire (1996) afirma que, quando o profissional compreende a sua realidade, sendo ela pessoal, ética, estética e/ou cultural, torna-

se capaz de levantar hipóteses, de forma consciente, sobre o desafio dessa realidade e, desse modo, buscar soluções concretas e/ou apontar indicativos de mudanças.

Para Backes; Lunardi; Lunardi (2006_a), a humanização requer o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana de sujeitos que integram as instituições, e reconhecimento dos limites profissionais. Diante deste processo, o profissional terá condições de compreender sua condição humana e sua condição de cuidador de outros seres humanos, respeitando sua condição de sujeitos, sua individualidade, privacidade, história, sentimentos, direitos de decidir quanto ao que deseja para si, para sua saúde e seu corpo. Ainda os mesmos autores destacam que a filosofia da instituição hospitalar necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do trabalho, mediante o estímulo a participação e a comunicação efetiva, com qualidade em todas as dimensões, que são: 1) Nas relações da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses, com os pacientes; 2) Incentivar a horizontalidade das relações, pautadas na liberdade de ser, pensar, falar divergir e propor; e 3) Reconhecer o exercício da autonomia, ou seja, sujeito-sujeito. É um valor que dignifica tanto a pessoa que cuida quanto a que está sob cuidados profissionais.

3.3 Educação Permanente e Humanização

Dentre as várias preocupações do Ministério da Saúde, está a importância do trabalho e a necessidade da valorização dos profissionais na implantação de modelos assistenciais. Deste modo, para atender às necessidades de desenvolvimento do trabalhador do SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, considerando que a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva, pois os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica da saúde passam a exigir novos perfis profissionais. Este novo desafio assumido pelo Ministério da Saúde tem como objetivo promover a atualização dos profissionais que atuam no serviço público de saúde, através da implantação de uma Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde (PNEP), articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde (BRASIL, 2005_a).

O Ministério da Saúde está dispondo para os profissionais da Saúde, um programa que tem como propósito a transformação do processo de trabalho através da Educação Permanente, visando meios para orientar e melhorar a qualidade dos serviços, a equidade das ações e facilitar o acesso da população aos diversos serviços de saúde. Este objetivo parte do princípio da reflexão sobre como está acontecendo o serviço e o que precisa ser transformado (BRASIL, 2005_a).

Para Backes; Lunardi; Lunardi:

> O profissional da Saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais critica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006_b, p.222).

Segundo Cecim (2005_a, p.02), a PNEP em saúde é fruto de uma produção de política pública que discute a relevância e a viabilidade de disseminar a capacitação pedagógica para toda rede do SUS e descentralizar a gestão deste processo em bases loco-regional, desenvolvendo um papel solidário entre os atores da saúde e da educação em saúde, sem hierarquias. Esta política cumpre uma nobre meta na saúde coletiva do Brasil: “tornar-se a rede pública de saúde em uma rede de ensino/aprendizagem no exercício do trabalho”.

Continua o autor, a Educação Permanente em Saúde (EP) é constituída de estratégias fundamentadas para as transformações do trabalho no setor, e vem ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Contudo, para construir o SUS como rede-escola se faz necessário a descentralização e disseminação da capacidade pedagógica para dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores, gestores, serviços e sistemas de saúde, serviços e sistemas formadores com o controle social em saúde. A PNEP em saúde para o SUS foi Instituída na portaria 198/GM/MS de fevereiro de 2004, para ser operacionalizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são:

> Instância ou dispositivo do SUS para a gestão loco-regional da formação do desenvolvimento em saúde. Se as instâncias podem representar conquistas em ordens normativas, os dispositivos são sempre como máquinas de fazer ver e de fazer falar, operando idas e vindas entre ver e o dizer (BRASIL, 2004_j).

O objetivo desta política é que os Pólos trabalhem com os profissionais o conceito ampliado de saúde e o processo saúde/doença, individual e coletivo. O desejo desta política é que os atores nos pólos desenvolvam recursos de educação com dimensões e fatores que regulem, qualifiquem e modifiquem o trabalho. O desafio lançado é ampliar a capacidade de escutar, mudanças nas práticas e mobilização das autorias, tornando necessários a formação e o desenvolvimento de oportunidades em trabalho em equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar. A política propõe a formação de profissionais com competência técnica e novos atributos indispensáveis para oferecer atenção integral á saúde, ”resolutiva, acolhedora, capaz de alteridade e de desenvolver a autodeterminação do usuário” (CECIM, 2005_a, p.14). A disseminação dos Pólos objetiva descentralizar a capacitação pedagógica e gerar novos atores para o SUS, para construir e produzir saúde nos pensamentos, desejos e protagonismo do SUS compreendidos nos seus princípios e diretrizes de uma política de afirmação forte a vida.

Na concepção de Wendhausen; Saupe (2003, p.18) “a formação tradicional torna o saber fragmentado, hierarquizado, desembocando numa atuação compartimentada, técnico-reparadora, que alija os usuários, famílias e população da participação no seu próprio processo de recuperação”.

A Educação Permanente é conceituada nos Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), que vem implementar e valorizar o trabalhador da saúde pública, com possibilidades de formação e desenvolvimento, constituindo de um processo de permanente aquisição de qualquer tipo de informações e conhecimentos pelo trabalhador, através de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laboral e emocional, no âmbito institucional ou não, compreendendo a formação profissional, qualificação, requalificação, especialização, aperfeiçoamento e atualização. “O objetivo é ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha” (BRASIL, 2005_a, p.32).

Esta proposta de educação, que permeia um estreitamento entre educação, trabalho e regulação, isto é, uma reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provoca mudanças nas formas de ensinar e aprender. A formação e a capacitação dos trabalhadores proporcionam motivação para desenvolver suas atividades no atendimento resolutivo e de qualidade aos usuários, melhorando as relações entre as várias esferas do sistema assistencial (BRASIL, 2004i).

Segundo Paim e Nunes (1992), o processo educacional se dá de forma gradual e complementar, e a formação se faz ao longo da vida profissional, alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas, cujos conteúdos próprios seriam também gerados desse processo continuo.

A Educação Permanente tem como proposta uma aprendizagem transformadora das práticas rotineiras dos profissionais, com base nas reflexões críticas das práticas reais nos serviços de saúde. E, a partir desta realidade e da origem dos problemas diários, considerando a importância da ação e a qualidade do serviço prestado, será definida a demanda para a formação e o desenvolvimento dos profissionais, que se realizará de forma descentralizada, ascendente e transdiciplinar (BRASIL, 2004_i).

Conforme os registros da Conferência Nacional de Saúde de 2003, o SUS é fruto das lutas sociais por saúde, expressa em um sonho ideal de um sistema de Saúde “universal, eqüânime, altamente resolutivo, acolhedor, responsável e capaz de contribuir para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e das populações para terem vida com mais saúde; expressa políticas e não unidades programáticas, identidade de propostas entre os entes federados, correspondência entre Legislativo, Executivo e Judiciário” (CECCIM, 2005_b, p.07).

> Temos enorme dificuldade para transformar as práticas de saúde. A integralidade e a inter-setorialidade têm enorme dificuldade de sair do papel, envolvendo pensamento, saberes e prática de ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional. Os gestores do SUS que queremos transformar as práticas reclamam que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada, que os estudantes não são expostos ás melhores aprendizagens e que as universidades não têm compromisso com o SUS. (BRASIL, 2005_a, p.12).

Concretamente, a política de Educação Permanente em saúde colocou em ato uma prática rizomática de encontros e produção de conhecimento. “A disseminação dos Pólos e, por decorrência, de capacidade pedagógica descentralizada gerou novos atores para o SUS, para a sua construção política (e não programática), para a produção da saúde nos atos, nos pensamentos e nos desejos de protagonismo pelo SUS, compreendendo seus princípios e diretrizes em uma política de afirmação forte da vida”. Estes novos atores dos Pólos: tutores, facilitadores e operadores de Educação Permanente em Saúde, entre outros, estão distribuídos por todo o país. Estes atores não existiam e existem agora, a política que não existia, ineditamente existe, colocando a formação e o desenvolvimento como educação viva, em ato, na saúde (CECCIM, 2005$_b$, p.14).

A PNEP em saúde para o SUS foi instituída na portaria 198/GM/MS de fevereiro de 2004, para ser operacionalizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Porém, em 2007, o Ministério da Saúde modifica a referida Portaria pela Portaria 1.996 GM/MS de 20 de agosto, ocorrendo uma mudança na operacionalização da PNEP, ou seja, o Pólo de Educação Permanente passará a ser denominado de Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES). A CIES deve funcionar como instância interinstitucional e regional para a co-gestão dessa política, orientada pelo plano de ação regional para a área da Educação na Saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde. A CIES pode ser considerada como outra instância do SUS porque está atrelada ao Pacto da Saúde e ao Pacto de Gestão Regional. Constitui-se um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e desenvolvimento na base territorial de sua abrangência, proporcionando uma gestão participativa e transparente (SANDRI; BORGES, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Para o desenvolvimento desta pesquisa exploratória descritiva, a abordagem qualitativa foi escolhida como caminho metodológico, por melhor traduzir a percepção da assistência, na ótica dos usuários e da equipe de enfermagem, considerando que não se pode ignorar que existe uma interdependência significativa entre o mundo real e o individual.

A pesquisa qualitativa responde questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos á operacionalização de variáveis” (MINAYO *et al.*, 2002, p.21).

Esta modalidade de estudo objetiva o esclarecimento de situações de modo a desencadear uma tomada de consciência dos problemas vivenciados pelos pesquisados no que se refere tanto às causas geradoras quantos aos meios de resolvê-las, visto que “saúde e doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana de atribuição de significados [...] se constituindo em fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente”. Sua importância alcança os seus efeitos físicos e imaginários, trazendo reais conseqüências (MINAYO *et al*., 1996, p. 15-16).

A mesma autora diz que esta corrente metodológica não se preocupa em quantificar, mas, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais depositária de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a convivência, com a experiência, com a cotidianeidade e também com a compreensão das estruturas e instituições, como resultados da ação humana objetivada. Ou seja, desse ponto de vista, “a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis” (MINAYO, 2002, p.24).

A pesquisa qualitativa, para Chizzotti (1991, p.104), objetiva “provocar o esclarecimento de uma situação para a tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar os meios estratégicos de resolvê-los”. Fica clara a existência de uma relação entre o

real e o sujeito, uma interdependência entre o sujeito e o objeto, a ação e reação nas diferentes situações, uma vez que o objeto de estudo não é estático, faz com que haja necessidade do pesquisador estar nela inserido, de modo a tornar possível o aprendizado sobre os significados que emanam desta vivência. O mesmo autor insiste na relação dinâmica entre sujeitos e objeto, no processo de conhecimento. O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais.

Para Minayo (1994, p.24-25), o sistema de relações constrói o modo de conhecimento exterior do sujeito e as representações sociais, que traduzem o mundo de significados. Advoga, também, a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou objetos sociais apresentam.

4.2 Sujeitos Pesquisados

Os sujeitos pesquisados foram constituídos por dois grupos:

1) Usuários adultos ou seu familiar acompanhante[1] que se encontravam na Unidade de Emergência do HUOP, atendidos pelo profissional da enfermagem;

2) Profissionais de enfermagem da unidade de emergência do HUOP: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de todos os turnos[2] .

Com relação aos profissionais de enfermagem participaram do estudo: quatro enfermeiros; sete técnicos em enfermagem e dois auxiliares de enfermagem, totalizando treze participantes. Contudo, a unidade possui, no total, 36 profissionais de enfermagem sendo que: seis enfermeiros; três auxiliares de enfermagem e vinte técnicos de enfermagem, distribuídos em plantões de seis horas, em períodos diurnos, e de doze por sessenta horas, em períodos noturnos.

A escolha do profissional de enfermagem ocorreu de forma casual. Bastava estar em atividade na Unidade de Emergência e aceitar participar da entrevista.

---

[1] O familiar ou acompanhante foi abordado quando o próprio usuário estiva inconsciente, incapaz de responder ou comunicar-se, ou ainda, existia algum tipo de risco.

[2] Nos períodos: manhã, tarde e das três noites (escala 12 horas por 60 horas), escalados para trabalhar neste setor durante o período da coleta de dados.

.

4.3 Cenário de Atuação

Esta pesquisa foi realizada na Unidade de Emergência do HUOP, na cidade de Cascavel, instituição referencial para toda região do Oeste do Estado do Paraná. Esta unidade se caracteriza por oferecer atendimento de urgência e emergência, porta de entrada para internações e para o centro obstétrico.

O HUOP, originalmente denominado Hospital Regional de Cascavel (HRC), foi fundado em 1989, como uma das mais modernas infra-estruturas hospitalares do Oeste do Paraná, sendo o único integralmente vinculado ao SUS. Possui 172 leitos credenciados pelo SUS, distribuídos em: dez leitos de UTI Neonatal; nove leitos de UTI Geral; cinco de UTI pediátricos; e os demais leitos para as clínicas da Cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurologia (Neurocirurgia), Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia (cirurgia de tórax), Reumatologia, Urologia, cirurgia pediátrica e Cardiopediatria. É referência em: Gestação de Alto Risco, Uti Neonatal, Neurologia e Ortopedia, doenças infecto-contagiosa e cirúrgica pediátrica.

A Unidade de Emergência foi escolhida como local do estudo, por ser a porta de entrada da instituição, e por se acreditar que é nesta unidade que reflete os maiores problemas da saúde pública daquela região.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de agosto a 30 de setembro de 2007, duas vezes por semana, em turnos alternados, conforme escala produzida e combinada com os profissionais da enfermagem e a Direção de Enfermagem. Os dados foram coletados em dois momentos diferentes:

1º Momento: Correspondeu à coleta dos dados dos sujeitos pesquisados. Utilizaram-se três formas distintas de coleta de dados, que foram:

1) Aplicação de um formulário: Este instrumento continha perguntas referentes à caracterização dos sujeitos, portanto adequado a cada um dos sujeitos pesquisados, ou seja: ao usuário ou familiar, e ao profissional da enfermagem (Apêndice A).

2) Entrevista de profundidade: Foi utilizado um roteiro diferenciado de perguntas semi-estruturadas ao usuário ou familiar e ao profissional de enfermagem, referente à humanização da assistência de enfermagem recebida e prestada. (Apêndice A).

Segundo Bardin (1977), a entrevista a ser efetuada sobre um tema, deve se referir ao mesmo tema, ser obtida por intermédio de técnicas idênticas e realizada com indivíduos semelhantes, acompanhada de um roteiro de perguntas referente à humanização.

Com o objetivo de obter informações verbais, de modo a captar a percepção do usuário ou do familiar e do profissional de enfermagem sobre a humanização da assistência de enfermagem prestada na Unidade de Emergência, a técnica empregada para a obtenção destes dados foi realizada através da entrevista com perguntas semi-estruturadas, com registro dos depoimentos, com o recurso de gravação em MP3, copiada para CD, e sua transcrição na íntegra. Portanto, o registro das falas dos entrevistados foi efetivado por meio da gravação, uma vez que, segundo Cruz Neto (1996) é plenamente possível a utilização deste recurso.

Para Minayo (1994), entre os métodos para coleta de dados não-convencionais, a gravação é um meio que clarifica o comportamento de grupos e indivíduos. A entrevista é um método de coleta de dados no qual o entrevistador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa, sendo uma das formas de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado (LOBIONDO-WOOD, 2001). Assim, o entrevistador deve manter-se na escuta ativa e atento a todas as informações fornecidas, tomando precauções para não distorcê-las, interferindo com discretas interrogações, de modo a auxiliar o entrevistado a completar sua idéia ou pensamento sobre a questão discutida. Desta forma, é necessário uma atitude disponível à comunicação, além da escolha de um diálogo descontraído, de forma a possibilitar a expressão, livre de receios e constrangimentos por parte do entrevistado (CHIZZOTTI, 1991).

Ao mesmo tempo em que este tipo de entrevista valoriza a presença do pesquisador, “oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”. (TRIVIÑOS, 1994, p.146).

O roteiro da entrevista com perguntas semi-estruturadas foi validado antes da coleta de dados, isto é, foi testado com três usuários ou familiares e dois

funcionários de enfermagem. Não necessitou ser readequado para a sua efetiva aplicação.

As entrevistas foram realizadas na Unidade de Emergência do HUOP. Como não havia um espaço totalmente reservado, foi necessário adaptar um local que possibilitasse mais privacidade, mas nem sempre isso foi possível, pois tinha-se que realizar a entrevista com o usuário e/ou familiares no mesmo local de atendimento, ou seja, no corredor da unidade e na beirada das macas. Já com os profissionais da enfermagem, o local da entrevista se deu dentro da sala de emergência, de fronte ao *box* de atendimento, no posto de enfermagem, na copa, enquanto o profissional tomava seu café, e na beirada da pia. Enfim, para ambos, as entrevistas aconteceram onde foi possível.

A transcrição das entrevistas tornou-se difícil e morosa em virtude dos ruídos ambientais captados pelo local. A gravação captou inúmeros ruídos de alarme de sensores, oxímetro, pessoas conversando, falando ao telefone, sirene, entre outros ruídos não identificados. Este registro denota o quanto o ambiente é ruidoso.

A abordagem da pesquisadora ocorreu de forma casual para os usuários e familiares. Para os profissionais de enfermagem, houve a tentativa de realizar um agendamento prévio, ou seja, horário mais adequado para a realização da entrevista, obedecendo à escala de turno, para não interferir no andamento das atividades da unidade ou atividades pessoais, se fora de horário de trabalho. Porém, não se obteve sucesso, porque, no momento em que a pesquisadora retornava à unidade, na data e horário agendados para a entrevista, o profissional nunca estava disposto a contribuir com a sua entrevista. Demonstrava um comportamento esquivo ou se desculpava por estar atarefado. A entrevista era, então, agendada novamente para outra data e horário, mas sem sucesso, pois a cena se repetia. Após ter acontecido o problema várias vezes, de forma muito semelhante, conclui-se que o agendamento prévio, a gravação da entrevista, a assinatura do consentimento, provavelmente, gerava um *stress* ou uma expectativa exagerada, e, com isso, o comportamento negativo dos entrevistados. Assim, no primeiro mês da coleta de dados, não foi possível colher nenhuma entrevista dos profissionais. Diante dessa dificuldade, mudou-se a estratégia de abordagem para os profissionais de enfermagem: o agendamento prévio não foi mais realizado e, tão logo o profissional aceitava participar da pesquisa, a entrevista era realizada. Portanto, a escolha também ocorreu de forma casual.

Em cada entrevista era registrado a data, hora e os sujeitos pesquisados.

3) Diário de campo: Foi utilizado um diário de campo para anotações específicas da pesquisadora, que registrou as suas observações e intercorrências após cada entrevista ou ao término de cada turno.

Minayo (2002, p.63-64) relata que o diário de campo é um instrumento ao qual se recorre em qualquer momento da rotina do trabalho. Ele, na verdade, é um ”amigo silencioso” em que, diariamente, se anota as percepções, as angústias, os questionamentos e as informações que não são obtidas na utilização de outras técnicas. Acrescenta ainda, “o diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que, no seu somatório, vai congregar os diferentes momentos da pesquisa”.

2º Momento: Correspondeu à socialização dos dados parciais das entrevistas com os profissionais da enfermagem que participaram da coleta de dados e com outros que tinham interesse em estudar a humanização da assistência de enfermagem. Aquele foi talvez o momento mais rico de todo o processo, porque possibilitou a troca de experiências e conhecimento no sentido de transformar a práxis. Foi denominado **Grupo de Educação Permanente para a Humanização da Assistência de Enfermagem.**

Portanto, para a efetivação dessa discussão, foram convidados, especialmente, os profissionais da enfermagem que participaram do estudo e demais profissionais interessados, com o intuito de apresentar e discutir os resultados preliminares e, principalmente, junto com eles, instigar a construção de um Grupo de Trabalho, de acordo com os princípios do PNHAH/MS para o HUOP.

Esse momento aconteceu em dois encontros para discussão, em períodos, horários e com pessoas distintas. Um no turno matutino (das 7h às 8h), e outro no vespertino (das 15h às 16h), para oportunizar a participação dos envolvidos e interessados. Os dados preliminares dos profissionais, usuários e familiares foram apresentados em *datashow* para depois ocorrer às discussões com as possíveis sugestões a serem implantadas (ou não). Não houve, infelizmente, nenhuma produção, porque contávamos com a gravação, e delas sairiam às informações necessárias para a contribuição na análise dos dados. Ambos os encontros foram gravados em MP3. Todavia ocorreu um problema técnico e o material, em sua integra, foi perdido, impossibilitando a sua transcrição. Após muita reflexão, concluiu-se que, se o evento fosse repetido, os participantes seriam os mesmos, e como já

tinham o conhecimento dos resultados e o domínio da dinâmica, não se atingiria os objetivos, porque o grupo já conhecia todo o processo de discussão e os resultados poderiam ser outros. Assim, foram utilizadas as contribuições desses dois grupos na análise dos dados, conforme o que foi memorizado daqueles encontros, sem a preocupação da formalização dos dados.

4.5 Apresentação e Análise dos Dados

A análise dos dados foi orientada para buscar o entendimento sobre os depoimentos, obtidos nas entrevistas com os usuários ou familiares e com os profissionais da enfermagem, bem como o produto construído no grupo de discussão. O referencial metodológico proposto por Bardin (1977); Minayo (1994), (1996), (2002); Lobiondo – Wood (2001); Chizzotti (1991); Triviños (1994); Bogdan (1991) foi utilizado para se atingir a proposição deste trabalho.

À medida que as entrevistas eram finalizadas, fazia-se a sua transcrição na íntegra, assim como a elaboração do diário de campo, o que possibilitava a verificação das informações antecipadamente.

Em seguida, era efetuada a leitura flutuante de todo o texto obtido da transcrição integral das entrevistas e do conjunto de observações contidos no diário de campo, intercaladas pela escuta das respectivas entrevistas, objetivando o afloramento dos temas, de modo a permitir que as emoções contidas tomassem formas, tais como períodos de silêncio, hesitações e lapsos por versões contraditórias, ou seja: estabelecer contato com todas as entrevistas, deixando se invadir por impressões e orientações.

Mediante as informações obtidas, foram sistematizados os dados, buscando a obtenção do tema central da pesquisa, como núcleo organizador do discurso, elementos de sustentação e coerência. Dentro do núcleo, identificou-se os temas específicos (unidade de registro), implícitos nas falas dos entrevistados, na busca pelo desvelamento da expressão pessoal, que constituira as subcategorias (transformação sistemática).

Através das subcategorias, definiu-se as categorias (agregação de unidade de registros). Classificar os elementos em categorias é investigar o que cada elemento tem em comum com outros, permitindo o seu agrupamento, ou seja, é a

parte comum existente entre eles. A categorização tem por objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

A análise das categorias consiste em estabelecer articulações entre os dados encontrados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões com base nos seus objetivos, buscando a promoção das relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Para Bardin (1977), o processo de codificação dos dados brutos é a transformação sistemática e agregação por unidades, permitindo uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo. A organização da codificação, compreende três escolhas: 1) O recorte: escolhas das unidades; 2) A enumeração: escolha das regras de contagem; e 3) A classificação e a agregação: escolha das categorias. Já a categorização é uma forma de classificação de elementos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico. Agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. O tratamento dos dados codificados completa o procedimento analítico, efetuado por um ordenador, e a universalidade de certos temas.

Para clarificar a análise dos dados, foi construído um organograma, na seguinte ordem de importância: no retângulo vermelho, o grande tema, que é a Humanização. Logo abaixo, as três categorias, identificadas a partir da coleta de dados, denominadas de: Assistência de Enfermagem, Logística no Atendimento de Emergência; e Educação Permanente. Nos retângulos verdes, as subcategorias correspondentes, conforme o quadro 01:

Quadro 01 – Análise dos dados: categorias e subcategorias do tema

4.6 Aspectos Éticos

Antes do procedimento da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi inscrito no SISNEP e, posteriormente, encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do CCS, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96. O Comitê de Ética da Univali emitiu sua aprovação sob o nº. 238, em 2007. Além da aprovação desse Comitê, obteve-se a provação da Direção Geral do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, através de uma solicitação formal ao

Diretor Geral do HUOP (Apêndice 03).

Todos os usuários ou familiares, e profissionais de enfermagem entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma das vias ficou com a pesquisadora e outra com o pesquisado (Apêndice B).

Para garantir o sigilo dos participantes, optou-se por identificá-los por letras e com números crescentes, conforme a cronologia de entrevistas. Assim, foram identificados como **U:** usuários; **F:** familiares; e **P**: profissionais da enfermagem, independentemente, se fossem enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem. Por exemplo: **U1, U2**, **U3**, **F1**, **F2**, **F3, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12** e **P13.**

O beneficio deste estudo foi buscar informações para melhorar a humanização dos serviços prestados aos usuários, e proporcionar ao trabalhador de enfermagem condições e conhecimento sobre o tema humanização, bem como refletir sobre a sua própria prática profissional, além de instigar a formação de um Grupo de Trabalho, de acordo com os princípios do PNHAH/MS.

Será entregue uma cópia do trabalho final no HUOP, para a Direção Geral e Direção de Enfermagem, no sentido de repassar os resultados. Se for possível, será fomentada uma apresentação aos trabalhadores do hospital, a fim de socializar a pesquisa e também buscar soluções para os dilemas identificados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos Sujeitos

A idade dos usuários ou familiares oscilou entre 38 a 85 anos; o gênero masculino prevaleceu; a maioria casados ou vivem em união estável; na escolaridade, predominou o ensino fundamental, mas há analfabetos; a renda mensal foi relatada por muitos como sendo a de um salário mínimo, e poucos informaram receber até mil reais; a procedência mostra um equilíbrio, porque 50% são oriundos de Cascavel (PR), e 50% de municípios pertencentes a 10ª Regional de Saúde. Os dados coletados retratam uma visão do nível socioeconômico e cultural dos sujeitos pesquisados.

Os usuários ou familiares foram encaminhados, em sua maioria, pelo PAC (Pronto Atendimento Comunitário 24 horas), e outros, pelo serviço de resgate do SIATE, da concessionária 'Rodovia das Cataratas' da BR 277, do SAMU de Cascavel (PR), e da Central de Regulação de Leitos (CRL), que atende os 25 municípios da microrregião.

O motivo do encaminhamento variou de politraumas, acidente de trabalho com lesão vascular, edema agudo de pulmão, acidente vascular encefálico e trombose venosa profunda. Todos foram acolhidos pela consulta médica com o clínico geral (plantonista) e depois encaminhados aos especialistas. Ainda, no Pronto-socorro colheram exames laboratoriais, fizeram RX, Ecografia e Tomografia, e iniciaram o tratamento clínico, enquanto aguardavam por leito ou vaga de internamento.

A idade dos profissionais da enfermagem denotou uma equipe jovem, pois variou de 25 a 39 anos; o gênero feminino prevaleceu; quanto ao nível profissional, sete são técnicos, dos quais, três estão em fase final do curso da graduação em enfermagem e um iniciou a graduação em serviço social; os quatro enfermeiros concluíram cursos de pós-graduação ou especialização; dos dois auxiliares de enfermagem, um é formando em Nutrição e outro está cursando o técnico de enfermagem. O tempo de profissão variou de dez meses a dezoito anos. O tempo de trabalho em emergência ficou entre dez meses a seis anos. A carga horária de trabalho diária, em média, é de seis horas ou plantões de doze por sessenta horas.

Somente, os enfermeiros tem outro vínculo empregatício, os demais profissionais da enfermagem afirmaram fazer, em média, três a quatro plantões de hora-extra, isto é, mais 36 horas extras por mês.

5.2 Humanização da Assistência de Enfermagem

Os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Humanização foram tomados como eixo norteador da análise dos dados, orientando no entendimento dos depoimentos dos usuários ou familiares e dos profissionais de enfermagem no Pronto-socorro do HUOP. Os princípios são:

> 1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização. 2. Estímulos a processos comprometidos com a produção de saúde e a produção de sujeitos. 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade. 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS. 5. Utilização da informação, da comunicação, da Educação Permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2002_e, p. 02).

A PNHAH propõe as diretrizes básicas para a implantação do processo de humanização dos serviços de saúde hospitalar e tem como objetivos: 1) fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; 2) melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; 3) modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade; 4) capacitar os profissionais do hospital para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania (BRASIL, 2000).

A implantação da PNHAH envolve, além do Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, profissionais da Saúde e usuários, ou seja, sem a participação destes atores não será possível colocar em ação a PNHAH. Contudo, é necessário criar estratégias que possibilitem a melhoria do contato humano entre profissional da Saúde e usuário, profissionais entre si, e do hospital

com a comunidade, vislumbrando a eficiência dos serviços prestados pelos hospitais do SUS (BRASIL, 2000).

Neste novo milênio que se inicia, a sociedade e o mundo do trabalho vêm passando por transformações importantes e significativas em conseqüência da realidade social, política e econômica que o mundo vivencia. Desse modo, os trabalhadores profissionais da Saúde precisam estar preparados e engajados em buscar novas maneiras de prestar serviços, promovê-los e de cuidar. Em especial, o trabalhador da enfermagem, foco principal deste estudo. Para Ide (2001), atualmente existe uma grande preocupação em resgatar e valorizar o cuidado como atitude da arte de enfermagem. É imprescindível, contudo, que se materialize, na arte de cuidar, a visão holística do mundo, pois o homem é um todo, mais do que a soma de suas partes. Assim, os profissionais da Saúde devem estar conscientes da necessidade urgente de retomar e reincorporar, com orgulho e responsabilidade, o cuidado humanizado na prática assistencial como forma estética da arte do cuidar.

Na intenção de analisar a **humanização da assistência de enfermagem** através da percepção do usuário ou familiar e do profissional de enfermagem no serviço de pronto-socorro de um hospital público, e tendo como base os princípios e diretrizes da PNHAH, identificamos, a partir da coleta de dados, três categorias com suas respectivas subcategorias, que são: 1) **Logística no Atendimento de enfermagem do Pronto-socorro do HUOP**: *resolutividade na atenção básica de saúde; financiamento do SUS; regulação dos serviços/atendimento hospitalar; organização do atendimento de enfermagem; estrutura física e demanda; ambiente de trabalho/espaço*. 2) **Assistência de Enfermagem**: *avaliação da Assistência de enfermagem; privacidade/dignidade*; *atendimento de prioridades e dignidade; integralidade e disponibilidade de recursos.* 3) **Educação Permanente**: c*apacitação de funcionários do apoio administrativo; capacitação técnica; premiações e incentivo e educação em serviço.* As categorias estão apresentadas e analisadas a seguir.

No final deste trabalho de pesquisa, foi possível instigar a formação de um Grupo de Trabalho de Humanização no hospital, dentro da filosofia de humanização hospitalar, tendo como fundamentos o PNHAH e a PNH - Humaniza SUS, definido pelo Ministério da Saúde.

5.2.1 Logística no atendimento de enfermagem no Pronto-socorro do HUOP

A logística no atendimento de enfermagem no pronto-socorro corresponde à organização dos serviços de enfermagem de uma unidade de emergência e urgência, passando pela estrutura física do ambiente de trabalho e pela política interna (hospitalar) e externa de saúde (SUS). É importante que haja a especificação do papel do serviço de pronto-socorro, tanto no âmbito interno da instituição hospitalar quanto na sua relação com os serviços de saúde, seja municipal ou regional.

Observamos nas falas dos sujeitos pesquisados que a **logística do atendimento de emergência no pronto-socorro** tem acontecido, na maioria das vezes, sem respeitar a porta de entrada no sistema de Saúde preconizado pelo SUS. Os usuários e familiares manifestaram o descontentamento com a **resolutividade da atenção básica de saúde** realizada no Posto de Atendimento Continuado 24 horas (PAC), informando que é muito limitada e ineficiente, precisam retornar inúmeras vezes ao PAC para resolver seu problema, pois recebem tratamento paliativo para o alívio do sintoma, sem um diagnóstico ou tratamento definitivo. Este tipo de conduta tem provocado o agravamento do quadro de saúde do usuário, por exemplo, uma crise hipertensiva evoluiu para um acidente vascular cerebral. Fato este observado na fala de **F3**, que viveu esta situação:

[...] Lá no PAC ficaram esperando piorar bem. [...] Ela foi levada muitas vezes no PAC, teve dia, sábado, que levei duas vezes no dia, levei ás dez horas e levei de noite também. [...] Ela cada vez pior. [...] Lá no PAC ficaram enrolando, esperaram ela cair mesmo, dá o derrame, para daí mandar para cá. [...] Esperaram piorar bem. Só encaminharam quando caiu. [...]. **(F3)**

Outro familiar (**F1**) diz que foi atendido no PAC, mas como não tem em sua estrutura o médico especialista em Ortopedia, foi encaminhado para o HUOP.

[...] Eu fui ao PAC. Aí no PAC, ela fez tudo, fez raios-X, tudo, encaminhou para cá por que lá, não tem ortopedista ela precisa agora de consulta com o ortopedista [...]. **(F1)**

O comprometimento da eficácia e da **resolutividade da atenção básica** também foi mencionada pelos profissionais de enfermagem entrevistados. Eles afirmam que se a atenção básica cumprisse seu papel, que é a prevenção e promoção da saúde, auxiliaria no não-agravamento do quadro da saúde dos pacientes e evitaria o estrangulamento no atendimento de emergência/urgência na unidade de Pronto-socorro do HUOP.

[...] falta resolver o problema do pronto-socorro que é o problema na saúde pública, tudo acaba aqui, por que não tem lugar para ir, começando esse trabalho no posto de saúde na assistência da atenção básica não é feito efetivamente, chegando muito ruim aqui é [...] **(PE4).**

Para Brasil (2006_a), os serviços de urgência e emergência deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte, caracterizando a regionalização, bem como deverão seguir os princípios da universalidade, atenção integral e eqüidade de acesso.

Cascavel (PR) segue as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao acesso aos serviços de saúde pelo SUS, que deve acontecer pela Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima ao local de moradia do usuário e, em risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a sua remoção em condições seguras (BRASIL, 2006_a, p.04).

Os PAC I e II prestam atendimento médico-assistencial de imediato a pacientes residentes no Município de Cascavel (PR), em clínica médica e clínica pediátrica; em situações de sofrimento, porém sem risco de vida; apoio diagnóstico (laboratorial e radiológico) aos pacientes em situações de emergência; ambulatório de cardiologia; ambulatório de feridas de alta complexidade; realização de suturas e pequenas cirurgias eletivas (drenagem de abscesso e excerese de unha); ambulatório de ginecologia (inserção de dispositivo intra-uterino, cauterização e drenagem de bartolinite) que atende eletivamente, e ambulatório anti-rábico.

Em 16 de agosto de 2006, o Ministério Público pactuou o Fluxo de Encaminhamentos para os PACs/Central Estadual de Leitos/hospitais públicos e conveniados ao SUS (ESTADO DO PARANA, 2006), que deverá seguir o seguinte fluxo:

I) Pacientes que se enquadram na Categoria de M1 (média complexidade - nível 1), com indicação de tratamento hospitalar sob regime de internação, será: a) O PAC deverá solicitar vaga na Central Estadual de Leitos; b) A Central Estadual de Leitos (CEL) deverá viabilizar a vaga em um prazo de24 horas, a contar da hora da solicitação; c) Quando não houver disponibilização de vagas pela CEL dentro das 24 horas, o PAC poderá solicitar á Regulação Médica de Urgências/SAMU 192 a regulação da "porta de entrada" mais adequada do sistema hospitalar, considerando-se a Política Nacional de Atenção ás Urgências previsto nas Portarias GM/MS nº 1.828/04, 2.420/04, 1.863/03, 1.864/03, 2.072/02 e 2.048/02; d) A CEL não poderá liberar reservas de leito regulado para Regulação Médica de Urgências para os casos em que tiver garantido leito antes das 24 horas previstas na alínea 'b'; e) O paciente que se recusar a ocupar leito fora do domicilio deverá aguardar vaga via CEL, mesmo após as 24 horas de prazos estabelecidos, salvo se evoluir para M2 e M3. Parágrafo único – Os casos de trauma e da clínica pediátrica serão referendados automaticamente para o HUOP, considerando o Termo de Ajustamento de Conduta assinado em 6 de abril de 2006.

II) Pacientes que se enquadram na Categoria M2 e M3 (Média Complexidade - Níveis 2 e 3) e Alta Complexidade, com indicação de tratamento hospitalar sob regime de internação ou não, deverão ser estabilizados no PAC, e o PAC solicita a Regulação Médica de Urgências/SAMU 192, a regulação da porta de entrada mais adequada do sistema hospitalar, considerando-se a Política Nacional de Atenção ás Urgências previsto nas Portarias GM/MS nº 1.828/04, 2.420/04, 1.863/03, 1.864/03, 2.072/02 e 2.048/02, bem como a Grade Assistencial de Habilitação em Alta Complexidade da Divisão de Controle e avaliação da Secretaria municipal de Saúde, que são: a) Atendimento de urgência e emergência tipo II; Ortopedia alta complexidade de coluna, joelho, mão, ombro, quadril; tratamento de AIDS, e queimados e gestação de alto risco no HUOP; b) Alta complexidade em Neurologia nos hospitais: HUOP, Hospital Nossa Senhora da Salete e São Lucas; c) Alta complexidade cirurgia cardiovascular e vascular, alta complexidade cardiologia intervencionista, e transplante renal e Vídeo laparoscopia no Hospital N.S.Salete; d) Alta complexidade em Oncologia no Hospital Nossa Senhora da Salete e UOPECAN (União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer).

Portanto, a porta de entrada para o serviço do Pronto-socorro do HUOP do município de Cascavel (PR) é a UBS e os PACs, ou seja, aquela que estiver mais

próxima da residência do usuário. No entanto, se porventura nenhum destes estabelecimentos de saúde tiver possibilidade de prestar o atendimento, a demanda passa acontecer diretamente ou indiretamente no Pronto-socorro do HUOP. Quando a procura acontece diretamente no pronto-socorro, sem o devido encaminhamento, a tendência é superlotar o serviço que deveria ser para atender as urgências e emergências, desse modo, quando não encontramos **resolutividade na atenção básica de saúde** os serviços que deveriam ser de média complexidade passam a fazer o papel da atenção básica de saúde.

Outra forma de entrada no Pronto-socorro do HUOP é através do serviço de resgate do SIATE, da concessionária ‘Rodovia das Cataratas’ da BR 277, do PAID, (Programa) do SAMU de Cascavel (PR) e da Central de Regulação de Leitos (CRL), que atende os 25 municípios da microrregião.

A CRL tem o propósito de localizar e reservar leitos hospitalares para os usuários da microrregião que necessitam do atendimento de média ou alta complexidade. Porém, nem sempre é possível conseguir os leitos em tempo para a gravidade da situação, seja porque realmente não há disponibilidade de leitos, seja porque o sistema de informação não foi atualizado. Essa situação faz com que sejam transportados de ambulância os pacientes sem as condições necessárias de manutenção vital ao Pronto-socorro do HUOP, independentemente da liberação de leitos pela CRL, ocasionando transtorno no fluxo de atendimento do pronto-socorro.

Como o HUOP é um hospital público, recebe o usuário e presta a assistência emergencial mesmo sem ter as condições ideais. Como na maioria dos casos há necessidade de internação e o hospital não dispõe de vaga, a CRL é acionada para fazer a busca do leito dentro da rede assistencial, para a transferência após a estabilização do quadro clínico. A transferência é realizada por ambulância ou UTI móvel, segundo a necessidade. A transferência de paciente grave é raro acontecer, pois o HUOP é referência para a microrregião na média e alta complexidade de atendimento à saúde. Desse modo, as vagas são limitadas para a baixa complexidade nos hospitais dos municípios vizinhos pertencentes à microrregião. No entanto, há outro problema, ou seja, os usuários e seus familiares se negam ir para centros menores com receio que haja o agravamento da situação, e a instituição não

tenha estrutura que garanta a assistência. Então, preferem permanecer no corredor em cima da maca, mas com a garantia de receber a assistência 'especializada'[3].

O SUS apresenta todas as ferramentas necessárias para a sua operacionalização de forma descentralizada e articulada, porém é preciso respeitar a opinião dos usuários. O importante é que os usuários, juntamente com os seus familiares, estejam seguros e confiantes no tratamento oferecido. A relação entre os serviços de saúde com os sujeitos atendidos precisa estar em harmonia e com boa inter-relação, porque não basta o serviço oferecer tecnologia de ponta se não oferece o acolhimento humano tão necessário e terapêutico.

O SUS é organizado para se antecipar aos problemas de saúde ou tentar solucioná-lo o quanto antes e o mais perto possível da comunidade. Desta forma, o antigo modelo no qual o paciente com problemas de saúde deveria se dirigir a UBS ou ao hospital está, aos poucos, sendo substituído por um novo modelo, ou seja, os profissionais da Saúde vão até o domicílio do usuário, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à proteção e promoção da saúde, antes mesmo da necessidade da recuperação ou reabilitação.

O município possui uma equipe ampliada do PAID (Programa de Atendimento e Internação Domiciliar) e dois PACs, que atendem a demanda que as UBS não dão conta de atender em seu horário de expediente e nos casos caracterizados como urgentes. No período noturno, finais de semana e feriados o acesso é direto nos PACs. Cascavel (PR) atualmente possui 32 UBS distribuídas em todo o território municipal, urbano e rural. A rural é divida em dois distritos municipais com organização política administrativa própria através das subprefeituras que estão subordinadas ao governo municipal de Cascavel (PR). Nestes distritos, estão locadas oito equipes da ESF, e, na área urbana, há duas equipes da ESF em uma única UBS. Portanto, o município de Cascavel (PR) possui o total de 10 equipes da ESF para atender uma população de 285.784 mil habitantes. Conforme Brasil (2006b $_{a}$), cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde, ou seja, haveria necessidade de mais 53 equipes de ESF para totalizar 100% de sua cobertura territorial.

[3] Grifo da autora.

A atenção básica em saúde no Brasil está pautada basicamente na ESF. O trabalho de equipes da saúde da família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS). As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 ACS. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2004_e).

A atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco em que a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2004_e).

A Política Nacional da Atenção Básica, “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006_b, p.10).

> A atenção básica centra-se na identificação do conjunto de ações necessárias para prover a população brasileira de uma atenção resolutiva e de boa qualidade aos problemas de saúde mais freqüentes na maior parte do território brasileiro, assegurando o acesso a essas ações à menor distância possível dos usuários. (BRASIL, 2006_b, p10).

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006_b).

O fato de existir apenas 10 equipes da ESF em Cascavel (PR), o qual possui uma cobertura territorial muito inferior a recomendada pelo Ministério da Saúde, e a grande maioria das UBS, ainda, reproduzir o atendimento sob forte influência da assistência biologista e centrado no profissional médico especialista, seguindo a rotina de atendimentos limitados por número de fichas normalmente distribuídas pelas manhãs (7h), isto é, o usuário que necessitar de atendimento precisa chegar muito cedo a UBS, e quem não conseguir ser contemplado com a ficha, terá que retornar à unidade no dia seguinte. Sabemos que este modelo não é o recomendado, por falhar em vários aspectos: o quantitativo de fichas reduz o número de atendimentos por profissionais; o número de profissionais também é reduzido em relação ao indicador populacional; e o profissional que atende não tem nenhum vínculo nem compromisso com este usuário.

Os atendimentos realizados nos PACs são considerados uma extensão do atendimento nas UBS, porque continua sendo pontuais e limitados a queixa do pacientes. Esse modelo assistencial não oferece aos usuários a segurança da continuidade de seu tratamento, não oferece assistência integral, permanente e de qualidade; não existe intervenção sobre os fatores de risco ao qual a comunidade está exposta; não acontecem atividades de educação e promoção da saúde e, com isso, reproduz a falta de **resolutividade na atenção básica,** ocasionando a baixa qualidade dos serviços, sobrecarregando o sistema e perpetuando a insatisfação dos usuários com os serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

No Brasil, embora o SUS tenha seus princípios definidos por lei, é ainda palco de disputa entre modelos assistenciais diversos. As tentativas de articular ação de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na dupla dimensão individual e coletiva, têm sido experimentadas no espaço micro dos municípios, acumulando experiências que apontam para a possibilidade de construção de um modelo de atenção à saúde voltada para a qualidade de vida (SOUZA; KALICHMAN, 1994), tal como proposto na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1996 (TEIXEIRA

et al., 1998), e reforçado nas 11ª e 12ª CNSs, realizadas respectivamente em 2000 e 2003 (apud, VIACAVA, 2004, p.14).

Outro problema levantado pelos profissionais (**PE1**) foi à questão dos insignificantes recursos financeiros destinado ao **financiamento SUS** para a rede hospitalar. Relatam que a cidade de Cascavel (PR) já deveria ter outro hospital público que atenda a baixa e média complexidade, para absorver os pacientes que necessitam de atendimento hospitalar de menor complexidade e de cuidados intermediário. Justificam que por existir esta fenda no serviço público de saúde, os PACs, às vezes, acabam oferecendo um tratamento de média complexidade ao qual não está estruturado, pois não tem esta finalidade e nem esta competência. Deste modo, os encaminhamentos são drenados em grande número para o HUOP, de pacientes que são considerados de urgência de baixa complexidade, sobrecarregando a única unidade de emergência pública da 10ª Regional de Saúde.

[...] porque hoje, tem o PAC, e lá tão fazendo Internação lá dentro no PAC por que não tem um hospital municipal, quer dizer, não tem um lugar que possa tratar um paciente por dois, três dias, um mês, para tratar uma pneumonia e não precisar trazer tudo para cá, entendeu, e sobrecarregar aqui né. [...]: os pacientes clínicos que chegam lá embaixo no PAC não precisariam vir todos para o HU e ficar aqui no PS, [...] **(PE1).**

O Ministério da Saúde, dentro de sua política de incentivo ao desenvolvimento da assistência hospitalar à população, e no incremento da qualidade da gestão e assistência, tem desenvolvido grandes esforços nessa área. Para tanto, tem implementado programas como o de: Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar; Humanização da Assistência; Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos; e Acreditação Hospitalar, e tem investido maçicamente no reequipamento e reforma de inúmeros hospitais em todo o Brasil.

Diante da proposta do Ministério da Saúde, observamos a urgente necessidade de colocar em prática esta proposta de investimento maciço no reequipamento e reforma dos hospitais, para garantir a qualidade no atendimento, não somente no município de Cascavel (PR), mas em toda a região. Hoje, Cascavel (PR) conta com oito hospitais, sendo seis particulares, um público ligado à Unioeste (Hospital Universitário), e o Hospital do Câncer de Cascavel - UOPECCAN, instituição filantrópica, além de dezenas de clínicas privadas. Em Cascavel (PR), nos

últimos dez anos, ocorreu o fechamento de um hospital credenciado e o descredenciamento de vários leitos do SUS em dois hospitais privados que faziam parte da rede assistencial da microrregião.

Portanto, apesar dos avanços na implementação do SUS, seus princípios orientadores não são realidade, ainda, no cotidiano da atenção à saúde hospitalar, como podemos ver nas falas de **PE11** e **PE11,** que reforçam a necessidade de ampliar a assistência hospitalar sugerindo também, a construção de mais um hospital público na região.

[...] então, se nós analisar aqui, a policlínica fechou, São Lucas fechou, o hospital Salete só não fechou ainda por que alguma coisa tá obrigando eles a manter aberto, e eu acredito que seja o serviço de hemodinâmica, ou alguma coisa que tá bloqueando ou tão tentando levar, barganhando aqui, barganha ali para não fechar, o Santa Catarina fechou, então fechou três hospitais e a décima (Regional de Saúde) diz, que o número de leitos tá legal, o governo diz que tá bem, o secretário fala que tá bem, tá tudo dominado, tudo tranqüilo, mas a realidade não é essa. aqui para nós já melhorou bastante, mais tem muito para melhorar . [...] é já não é a nível aqui do hospital, não é a nível municipal, [...] mas o Estado não está cumprindo a parte dele, [...] aí eu me volto e pergunto cadê o hospital Municipal que toda cidadezinha tem? Capitão que tá lá embaixo, tem um hospital municipal, um monte de médico bom em Capitão e tão tocando. Cadê o hospital Municipal de Cascavel? Toledo tem, Lindoeste tem. O hospital municipal serveria para atender a assistência intermediarias, mais simples. [...] **(PE1).**

Eu penso que se tivessem mais um hospital, menos paciente aqui, de repente em minha opinião tinha que melhorar, não sei se iria melhorar. Mas comportaria em Cascavel, mais um hospital Universitário, além de gerar mais emprego. [...] Como esse , público. [...] o que a gente gostaria que aqui fosse o ideal, um hospital mais perfeito, com mais condições de receber o paciente. **(PE11).**

Nos depoimentos, foi destacado que, atualmente, os incentivos da saúde pública estão voltados para a atenção básica e ESF, ficando as instituições hospitalares para segundo plano, inclusive com preços da tabela SUS defasados. Talvez o motivo gerador de solicitação de descredenciamento ou de redução de leitos da rede hospitalar privada credenciada pelo SUS seja a desatualização desses valores. Por outro lado, percebe-se que as instituições permanecem credenciadas

somente com as especialidades que lhes são convenientes. O descredenciamento de leitos nas instituições privadas conveniadas agravou ainda mais a qualidade da assistência hospitalar. Na fala de **PE1,** é visível a falta de investimento e incentivos financeiros para a Assistência de Internação Hospitalar, retratando a defasagem da tabela de preços do SUS, isto é, o custeio deste serviço há muito tempo não sofre correção monetária de acordo com o valor de seu custo real, comprometendo os seus requisitos de qualidade.

[...] a intenção do governo hoje é voltado para saúde pública, saúde da família, lá no bairro é lá na residência é lá na família. Então, tem investido mais assim, por parte do governo, e as AIH que estão aí, estão a mais de anos que se paga o mesmo valor da AIH. Foi lá, tirou a unha encravada foi pago 10 reais isso há 20 anos já pagavam os 10 reais, se vê hoje, ninguém mais quer atender SUS [...] **(PE1).**

É mister que a atenção básica receba o seu incentivo financeiro para realizar, de forma eficiente, a promoção e prevenção da saúde, mas é importante que haja recursos financeiros públicos suficientes para subsidiar, também, a atenção hospitalar. No cotidiano do trabalho, nos deparamos com uma população que não teve o acesso necessário nas ações de promoção e prevenção à saúde, tornando-se doentes. E muitas dessas doenças necessitam de recuperação ou de reabilitação no ambiente hospitalar, embora seja mais caro o tratamento hospitalar do que o da atenção básica que é igualmente necessário.

O **financiamento do SUS** está com uma nova proposta de melhoria da qualidade da assistência, e de desvincular o pagamento por procedimento. O Ministério da Saúde implantou, em 2001**,** a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que introduz um novo dispositivo de rompimento com as práticas anteriores, centradas exclusivamente na programação pelos procedimentos das tabelas de remuneração do SUS. A PPI foi elaborada simultaneamente e em sintonia com as diretrizes da política de descentralização contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02 (NOAS 01/02).

O reagrupamento da tabela ambulatorial em subgrupos constituídos por critérios de complexidade tecnológica (especialidades profissionais e equipamentos) permitiu a programação e a conseqüente alocação de recursos centrados em parâmetros *per capita* de concentração por nível de complexidade, fugindo à lógica

da compra indiscriminada de serviços ofertados pela iniciativa privada. A coerência estrita dos reagrupamentos da tabela com os dispositivos propugnados pela NOAS-SUS 01/01, isto é, a constituição de redes funcionais ou hierarquizadas, resgata um dos princípios básicos de organização do SUS, que é a universalidade. A distribuição dos recursos passa então a ser coerente com o desenho de uma rede assistencial hierarquizada tecnologicamente e solidária no atendimento da demanda com a integralidade desejada, ao mesmo tempo em que permite ganhos econômicos de escala (BRASIL, 2004_d).

A forma de transferência aos estados e, principalmente, aos municípios, com repasses automáticos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, rompe, também, com uma longa história de relação convenial entre os entes federados, sempre condicionados aos interesses e às vontades dos agentes políticos em posição de poder. As formas atuais garantem maior estabilidade e a continuidade dos projetos implantados pelos estados e municípios, possibilitando a adoção das políticas do SUS como verdadeiras políticas de Estado, e não de meras iniciativas transitórias de governos. A enorme variedade de exemplos de prefeituras municipais comandadas por governos de oposição aos governos estaduais e federal, em Gestão Plena do Sistema e com resultados muito positivos, comprova sobremaneira esta afirmação (BRASIL, 2004_d).

A consolidação da estratégia de uso dos mecanismos de negociação intergestores, representados pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), permitiu o amadurecimento de práticas de formulação compartilhada de políticas e de sua execução solidária, sem negar as diferenças de posicionamentos políticos e ideológicos, mas introduzindo mecanismos de objetivação das questões e de sua resolução negociada. Reafirmando a prática já existente, as normas regulamentadoras do processo de descentralização, embora editadas pelo Ministério da Saúde, foram no período de gestão 1988/2001, objeto de intensos e prolongados processos de discussão e negociação, comprometendo os entes federados numa relação de necessária parceria na execução das políticas nacionais (BRASIL, 2004_c).

PE1 narra à importância de todos os estados brasileiros priorizarem investimentos na saúde, para que seja oferecido quantidade e qualidade de serviços de saúde para todos os usuários de forma universal.

“Eu acho que o problema da saúde nunca vai se resolver, uma coisa que já vem de longo tempo, e quando tiver bom aqui para o HU, não tá bom para Cascavel, quando tiver bom para Cascavel, não tá bom para a região, quando tiver bom para região não está bom para o Estado do Paraná, quando estiver bom para o Estado do Paraná, vai vim gente de outros estados, vem gente lá de outros países Argentina e Paraguai, os caras vem para cá. [...]. Então, como o sistema é único não adianta o governo investir aqui, se o governo da Bahia não investe o governo de Rondônia não investe. [...] **(PE1).**

A implantação do SUS significa também a municipalização dos serviços de saúde, já que, neste processo, as prefeituras passam gradualmente a se responsabilizar por todos os serviços públicos de saúde, inclusive o atendimento hospitalar. De acordo com o projeto do SUS, as prefeituras terão “gestão plena” do sistema, e, para isso, os recursos são recolhidos (dos Municípios, Estado e União) e repassados pelo governo federal para os municípios, de acordo com o número de habitantes e de equipes de saúde.

Considerando que as operacionalizações pactuadas nas bipartites sejam um grande avanço para regular e organizar hierarquia dos serviços prestados aos usuários, isto é, o sistema oferecendo serviços assistenciais de acordo com a complexidade do problema de cada usuário. Mas isto ainda está longe de ser uma realidade. O que temos é um serviço com uma estrutura insuficiente, que não consegue atender as necessidades relacionadas à referência e contra-referência, vagas, leitos hospitalares, leitos de UTI, conforme a demanda que está reprimida. Portanto, o sistema precisa de novos investimentos na **regulação dos serviços de saúde/ atendimento hospitalar**, pois a estrutura da rede assistencial não atende as necessidades dos usuários. Esta problemática é visualizada nas narrativas de **PE4, PE4, PE11** e **PE5.**

A estrutura não ajuda, faltam funcionários, enquanto não se resolver todas essas coisas, que tudo na verdade é uma coisa só. Falta de investimento na área da Saúde, [...] **(PE4).**

Aqui a gente tem um grande fluxo de pacientes que vem de Rondônia, até porque, ouve um êxodo daqui para Rondônia, então agora lá ele não tem tratamento, eles vêm se tratar aqui porque aqui é terra natal e deixaram muitos familiares, ficando mais fácil para eles vir, então, tem muita gente que vem de Rondônia para cá, [...] Então enquanto não tiver bom pro Brasil inteiro, o problema não vai se resolver [...] SIATI, SAMU, com código dois

evoluindo pra três, já que tem essa regulação, tem como saber o nível de gravidade dos pacientes, [...] dificilmente, um vai bater aqui na porta alguém pedindo uma consulta, ou alguém que traz um acidentado a esmo, catou lá e trouxe, dificilmente aparece um ou dois por semana, mas é tranqüilo, agora já tem a regulação do SIATI e do SAMU que é trazer, então, daria para desenvolver aqui, só uma parte de emergência e essas consultas mais clínicas, essas coisas em outra parte em outra área separado do pronto-socorro [...] **(PE1).**

[...] a super lotação não é um problema local, não é só daqui e o problema de outras cidades que recai aqui [...] **(PE11).**

[...] Acho que falta uma melhor regularização desses pacientes no externo, por que os municípios se livram do problema enviando os pacientes para nós e criam um outro para gente. Então o que teria que ter, é uma melhor regulação desses pacientes lá fora, maior número de leito SUS disponíveis na cidade, para atender em outro hospital é maior espaço físico para atender aqui dentro. [...] **(PE5).**

Tomando como base as informações fornecidas pela 10ª Regional de Saúde, existe um déficit de 700 leitos hospitalares e 100 leitos de UTI nesta região, que abrange dois milhões de pessoas, conforme as recomendações feitas pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 1101/GM, Brasil (2002_b), que descreve os parâmetros para calcular a cobertura de internação hospitalar. Em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma: a) Leitos Hospitalares - Total - 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes; b) Leitos de UTI - calculam-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares (BRASIL, 2002_b).

A Portaria nº 1101/GM, Brasil (2002_b), calcula que 7% a 9% da população terão necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região. Sendo assim, a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas numa determinada região e ano é a seguinte: Número de Internações Hospitalares Esperadas é igual ao total da população, multiplicado ao parâmetro recomendado de internações por ano, divididos por 100 (BRASIL, 2002_b).

Os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar, no geral, foram calculados com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, nas quatro clínicas básicas, quais sejam: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação. Os parâmetros de cobertura assistencial do

SUS destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para: a) analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população; b) auxiliar na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à saúde. (PPI) e; c) auxiliar no Acompanhamento (BRASIL, 2002_b).

A Portaria 479/GM, publicada no Diário Oficial da União em 16 de abril de 1999, estabelece, no seu artigo segundo, os critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e que fazem jus à remuneração adicional estabelecida, conforme o nível de credenciamento. O HUOP possui credenciamento de urgência e emergência tipo II que, segundo a referida Portaria (Art. 2^o), são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. Devem dispor de: área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica. Recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis existentes no hospital para propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência.

Esta Portaria, esclarece que ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis àqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional. O artigo terceiro determina que as Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do Art. 2º desta Portaria e participarem das Centrais de Regulação ou de Mecanismos de Garantia de Referência, passem a dispor das condições para integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências (BRASIL, 1999_a).

O Ministério Público do Estado do Paraná, por seus promotores de justiça, lavraram um Termo de Ajustamento, pelo qual pactuaram entre si, de um lado os 25 Secretários Municipais de Saúde, o Diretor da 10ª Regional de Saúde e o Diretor do HUOP. A **regularização dos serviços/atendimento hospitalar** se deu através de um fluxo de encaminhamentos de pacientes em urgência e emergência, vindos das cidades próximas a Cascavel (PR), do âmbito da 10ª Regional de Saúde, tendo em

vista a sobrecarga do Pronto-socorro do HUOP, em razão de ser o único hospital referência para esses municípios.

Neste Termo de Ajustamento, foi considerando o teor da Portaria nº. 2.023/GM de 23 de setembro de 2004, do Ministério da Saúde, em especial, em seu art.1º e alíneas ”h”; “j”, dentre outros do anexo, pelo qual o Gestor Municipal deve promover a adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e assegurar ao processo de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema. As Secretarias Municipais de Saúde dos demais municípios pactuantes comprometem-se, sem prejuízo de todas as demais atribuições e obrigações que lhes são inerentes, a prestar o primeiro atendimento aos pacientes, em seus municípios de origem, de acordo com sua capacidade instalada. O paciente deve ser avaliado por pessoal técnico local, estabilizado dentro das melhores normas técnicas e comunicando ao médico que irá receber, pelo médico que estiver atendendo. A transferência de pacientes do município de origem, para Cascavel (PR), salvo situação especificamente justificável, deve ser feita com acompanhamento de profissional da área, que estará junto ao enfermo durante todo o processo de transferência, atuando em todas as intercorrências durante o trajeto até ao hospital que irá receber o paciente, ou seja, nenhum paciente poderá ser removido sem receber o devido atendimento de emergência (BRASIL, 2004_h).

Ficou acordado na ocasião que os municípios da área de abrangência da 10ª Regional de Saúde comprometem-se, doravante, a somente proceder encaminhamentos de pacientes em qualquer situação, seja em regime de urgência/ emergência, seja em regime eletivo, para os Hospitais de Cascavel, através da Central de Leitos (ESTADO DO PARANÁ, 2005).

Na ocasião, a 10ª Regional de Saúde se comprometeu em fazer funcionar a Central de leitos SUS, 24 horas por dia, sete dias por semana, mantendo o sistema de auditoria analítica e operacional, isto é, com auditores de plantão 24 horas, e terá a responsabilidade de acionar os hospitais e distribuir os pacientes em forma de rodízio, visto que o pronto-socorro de cada hospital funcionará com “vaga zero”. (ESTADO DO PARANÁ, 2005).

A CRL ficou responsável de: a) Manter lista de leitos SUS, com a situação de ocupados ou desocupados; b) Promover a atualização do banco público de dados da CRL, atualização é feita pelo sistema integrado de informatização e, em tempo real; c) Receber e registrar os dados sobre a situação dos leitos SUS dos hospitais

da rede conveniada e do HUOP no seu banco público de dados; d) Informar a quem quer que solicite a situação atualizada do número de leitos ocupados e vagos na região de Cascavel (PR), bem como a localização destes leitos; e) Certificar aos Órgãos de controle do SUS, em especial, aos gestores estaduais e municipais, ao Ministério Público, aos Conselheiros de Saúde a situação atualizada do número de leitos ocupados e vagos na região de Cascavel (PR); f) Promover auditorias operacionais nos leitos SUS, sempre que houver qualquer dificuldade de internar pacientes cujo gestor de origem, tenha acionado a CRL; g) Promover auditorias operacionais ordinárias nos leitos SUS, que deverão ser feitas diariamente e independente de qualquer provocação; h) Requisitar durante as auditorias operacionais ordinárias, o censo hospitalar de cada unidade de saúde, com leitos de internação; i) Informar documentalmente ao Diretor da 10ª Regional de Saúde, cada vez que houver diferença entre a informação constante entre o banco de dados da CRL e o senso hospitalar (ESTADO DO PARANÁ, 2005).

Por sua vez, cada vez que o Diretor da 10ª Regional de Saúde receber as informações e documentos da CRL, apontando situação que caracterize conduta tendente a fraudar ou, de qualquer maneira, tornar ineficaz o funcionamento do controle público do sistema de Saúde, o Diretor informará o Secretario Municipal de Saúde de origem por escrito e com via de protocolo, abrirá sindicância e informará ao Ministério Público. Também ficou estabelecido que os gestores municipais que entrarem em contato com a CRL e não obtiverem vagas para pacientes de seus municípios, em especial aqueles em regime eletivo, deverão encaminhar correspondência ao promotor de justiça da Comarca a que se encontram afetos, e a CRL deverá responder, no máximo, em 48 horas, por escrito, os questionamentos dos gestores municipais, expondo as razões da falta de vaga, bem como as medidas que foram tomadas (ESTADO DO PARANÁ, 2005).

Portanto, os pacientes em regime de urgência ou emergência, a CRL deverá encaminhar o enfermo para o hospital credenciado que estiver na vez, de acordo com o rodízio estabelecido pela 10ª Regional de Saúde/CRL, sendo que o hospital terá que receber o paciente, mesmo que não tenha a vaga para o internamento. Se houver a necessidade de remoção do paciente em função do nível de complexidade do atendimento, o hospital terá que acionar a CRL e aguardar vaga para remoção, ficando durante o tempo em que estiver com o paciente, responsável integralmente por este (ESTADO DO PARANÁ, 2005).

O rodízio dos hospitais está estabelecido da seguinte forma: a) A CRL entrará em contato com o SIATE de Cascavel (PR) na pessoa do médico regulador de plantão para evitar que haja sobrecarga dos serviços; b) O médico regulador do SIATE, uma vez certificado do hospital que irá receber o paciente, evitará na medida do possível encaminhar outras vítimas para aquele serviço, até que o paciente tenha sido convenientemente estabilizado pelo serviço que o recebes; c) Constatado o serviço, que será referência, a CRL poderá encaminhar o paciente, após comunicação telefônica, para que o médico plantonista tenha condições de preparar o sistema que receberá o paciente. Os pacientes serão mantidos na responsabilidade do médico encaminhador, até que seja recebido pelo médico receptor, de competência do hospital indicado. Todo esse processo e trajeto devem ser de responsabilidade dos médicos envolvidos na situação. Todos os encaminhamentos de pacientes deverão obedecer às diretrizes do SUS; isto é, todos os pacientes deverão ter acesso através da Rede de Serviços do SUS, sendo vedado aos serviços particulares (ESTADO DO PARANÁ, 2005).

Portanto, as grades de referência regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da CRL. Tais centrais têm abrangência loco regional, de acordo com os pactos de referência e mecanismos de financiamento estabelecidos pela NOAS-SUS/2002 (BRASIL, 2006_b).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS –SUS 01/2001 – definiu o processo de regionalização do sistema de Saúde e ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica. A partir da NOAS, a oferta de procedimentos de média complexidade deve obedecer à lógica da territorialidade, tendo como princípio organizador as necessidades e características dos próprios municípios. Essa norma enfatiza a necessidade de avaliação, tanto no tocante a sua organização como no tocante à qualidade e impacto da atenção prestada. (BRASIL, 2004_e).

A Organização Mundial da Saúde define os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000 apud KURGANT, 2005). Nesse sentido, como reitera Mendes (2002), são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das popula*ções*, em determinada sociedade e determinado tempo (VIACAVA, 2004, p.14 *apud,* KURGANT, 2005).

A descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde, é a estratégia ideal para que todas as estâncias responsáveis pelo sistema de Saúde possam se articular nesse esforço (BRASIL, 2001$_a$, p.06).

A operacionalização do SUS exige planejamento e articulação dos gestores municipais e estaduais. A articulação política entre as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde de cada microrregião é fundamental para que o cidadão brasileiro tenha condições de acesso à saúde básica em seu município. Ocorrendo referência para serviços de média e alta complexidade apenas quando necessário. Quando mais o planejamento desse sistema estiver articulando, mais garantia terá de que os serviços de saúde não vão estar sobrecarregados com uma demanda excessiva e não pertinente ao seu objetivo institucional (BRASIL, 2001$_a$, p.06).

Acerca da regionalização da rede assistencial, no âmbito da CIT, vem delineando melhor os contornos da proposta de reorganização da assistência em perspectiva na gestão do SUS. As propostas são: a) Ampliação das responsabilidades e ações estratégicas de assistência básica para a totalidade dos municípios, com a ampliação do elenco mínimo de procedimentos da tabela SIA/SUS, a serem financiados com os repasses de recursos financeiros correspondentes ao PAB fixo, cujo valor seria aumentado; b) Reorganização da assistência de média complexidade, baseada em processo de qualificação de microrregiões assistenciais com a identificação de pelo menos um município-pólo, nas quais serão ofertados serviços de média complexidade relacionados a um elenco mínimo de procedimentos da tabela SIA/SUS, e financiados a partir de aporte de recursos financeiros federais adicionais; c) Reorganização da assistência de alta complexidade, a partir de programação regional ou estadual da oferta de serviços relacionados aos procedimentos de alta complexidade definidos na Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, a serem administrados e realizados em municípios de referência, de microrregiões qualificadas, sob a responsabilidade do gestor estadual ("macrogestão"), com a previsão de financiamento das ações efetivamente produzidas, a partir de repasses de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC aos estados; d) Redefinição das condições para habilitação de municípios à "atenção básica ampliada" e à gestão plena de sistema, baseada no estabelecimento de requisitos adicionais aos previstos no âmbito da NOB SUS 01/96, relacionados a desempenho da gestão e ao perfil da oferta de serviços da

rede assistencial; revisão dos papéis das CIB e das Secretarias Estaduais de Saúde na operacionalização da estratégia de regionalização nos estados (BRASIL, 2004_b).

Os recursos para a assistência de média e alta complexidade à população residente no município e à população referenciada de outros municípios serão alocados ao município de referência, habilitado à gestão plena de sistema municipal, no âmbito da PPI, com a definição das parcelas do Teto Financeiro Municipal (TFM) correspondente a cada grupo populacional. O conjunto de propostas visa garantir a eqüidade no acesso, induzindo a organização da rede assistencial, a conformação de sistemas funcionais e o comando único sobre os prestadores, superando o risco de atimização/fragmentação do sistema, prejudicial à consolidação do SUS. (BRASIL, 2004_b).

Para Cecílio; Merhy (2003), a noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmonioso entre as partes, cada qual com sua função, que contribua para o bom funcionamento do todo, idéia que não se sustenta na prática. O sistema de Saúde é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Os autores afirmam que um “Sistema” deveria ser pensado em uma rede móvel, assimétrica e incompleta dos serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam. A integralidade do cuidado de cada pessoa tranversaliza todo o sistema. Não há integralidade sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.

Para compreendermos a **organização do atendimento de enfermagem** no pronto-socorro, é necessário conhecer como ele se estrutura. O Pronto-socorro do HUOP, tecnicamente, é dividido em dois setores denominados de: urgência e emergência.

No setor de urgência, são recebidos os pacientes menos graves, encaminhados de outras instâncias, isto é, são usuários que, na maioria das vezes, necessitam de uma consulta clínica ou avaliação de especialista. Os usuários são avaliados pelos plantonistas da clínica geral ou clínica cirúrgica ou pediatria, dependendo da necessidade. A partir dessa avaliação, eles são encaminhados seja para procedimentos técnicos, seja para a internação hospitalar ou alta.

Em muitas situações, há necessidade de procedimentos, como: sutura, drenagem de abscesso, medicação e exames de sangue, RX, tomografia, ecografia, entre outros. Os usuários permanecem em observação até ter condições de alta ou de uma nova avaliação por especialistas, no sentido de verificar a necessidade efetiva de internação hospitalar ou de fazer o acompanhamento e manutenção do tratamento na UBS.

O setor de emergência é composto pela sala de emergência que é dividida por vários biombos, denominados de *box*, e estes são divididos conforme o número de pacientes a serem atendidos naquele momento ou período. Essa sala possui quatro painéis, contendo duas saídas de oxigênio, duas de ar comprimido e vácuo. Estão equipados com três oxímetros, três monitores, um cardioversor, três respiradores e um de transporte, que não possui umidificador, um carrinho de emergência com material de entubação, punção venosa central, medicações, luvas, seringas, agulhas, vários ambús e colar cervical. Além dessa sala, outro quarto foi transformado em dois leitos de emergência para os pacientes que já foram estabilizados e aguardam vaga de UTI.

O setor de urgência passa a ser o maior fluxo da unidade, exigindo uma diversidade de atendimento nas diversas especialidades clínicas. Contudo, a unidade não tem capacidade física para acolher todos os usuários que buscam ou são encaminhados para os serviços. Portanto, a **estrutura física** aliada com a demanda compromete o atendimento aos usuários, tornando o **ambiente de trabalho** com **espaços** limitados e inadequados, interferindo na **organização do atendimento de enfermagem**. Embora os setores de urgência e emergência funcionem teoricamente separados, na prática, utilizam o mesmo espaço físico e o mesmo grupo funcional, ocasionando uma sobrecarga de atividades, cuidados e de procedimentos para toda a equipe de profissionais, impossibilitando a humanização da assistência. Além do mais, não há um local apropriado e acolhedor para a realização dos procedimentos, havendo necessidade de mantê-los no corredor ou aglomerados com os demais pacientes, como foi comentado por **PE9**, **PE5, P11** e **P12**.

Às vezes a gente deixa no consultório mesmo, a gente usa o consultório até medicar, depois vai ser liberado dali, e ele fica lá, até o médico chegar para atender mais

paciente, e daí como tem outros doentes para ser atendido o médico precisa da maca do consultório, ai temos que tirar de lá o paciente, e ele fica em pé no corredor (**PE9).**

a demanda sempre vai ter, aqui é o único hospital do SUS que atende essa região toda, exclusivamente SUS, nós vamos estar sempre lotado. [...] seria bom se essa sala de emergência fosse mais aberta, mais ampla, mas ainda eu acho que a gente consegue fazer isso, temos que pensar uma forma de reestruturar aquela sala lá, deixar ela maior [...] atualmente o espaço também está muito diminuído [...] Eu gostaria que minha sala de emergência fosse maior, bem mais ampla, o problema que quanto mais espaçosa acaba ficando mais gente, mais pacientes [...] O pronto-socorro perdeu o conforto dos pacientes **(PE5).**

Se a gente for olhar nesses corredores, os pacientes jogados né, o que você vai fazer? [...]: falta acomodação para os pacientes, ficam em macas, cadeiras, é as vezes falta cobertor quando tem muita, muita gente. [...] mas o estresse é falta de até maca, quando chega mais um, chega dar até um troço, chega da até um arrepio, daí o SIATI quer deixar o paciente e não tem mais nem uma maca para colocar o paciente, [...] é muito estressante, porque você não tem condições de receber o paciente, vai tirar maca de onde? Se estão todas ocupadas **(PE11).**

A demanda é muito grande, falta equipamento e o espaço é pequeno **(P12).**

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. Não se trata de adotar medidas para “maquiar” as instituições, nem tampouco de uma proposta ”ortopédica”. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional para instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários. Portanto, a humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações coordenado e descentralizado pelo SUS. Para que ela aconteça na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais, os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social (BRASIL, 2001_a, p.07).

Percebemos que a atual situação vivenciada no pronto-socorro pelos profissionais da enfermagem, às vezes, chega ser desesperadora. Para que a assistência humanizada aconteça o trabalhador de enfermagem precisa de estrutura adequada e de condições mínimas para realizar um atendimento humanizado, do

contrário, acontece o que nos relata **PE3,** que precisa selecionar os pacientes considerados menos graves para acomodar outro mais grave que está chegando, ou que já está na unidade.

Hoje, vai chegando, vai chegando, Enfermeira, ta chegando, ta chegando, onde eu vou pôr? O problema é meu, só sei que eu tenho que me virar para acomodar, isso quando o paciente já está deitado, e eu tenho que chegar com educação no mínimo, e pedir, o senhor empresta tua maca? Ele me responde, ah mais, minha perna tá quebrada, mas o senhor é menos pior, me empresta que eu estou recebendo um acidentado muito pior, é isso, mãe a senhora empresta sua maca? a criança está dormindo, mas ela tem condições de ficar no teu colo, eu estou recebendo um outro paciente bem pior e preciso desta maca porque não tem outra, [....] **(PE3).**

Por mais que se tente atender todos de forma adequada com respeito e dignidade, às condições apresentadas no cotidiano do trabalho impedem que isso aconteça de maneira personalizada, ordenada, com a qualidade que o PNHAH preconiza. É importante que o profissional da Saúde acolha o paciente e os seus familiares independentemente das condições estruturais do ambiente. Entretanto, a escuta qualificada necessita, muitas vezes, de privacidade. Um ambiente favorável fornece segurança ao usuário e ao profissional da Saúde, além do que é um direito do cidadão ser atendido em condições adequadas (SILVA, 1996).

Contudo, o agravante da situação são as acomodações inadequadas, em macas, em pé, em cadeiras, e até mesmo no chão, até surgir algum leito vago na própria unidade ou em uma das clínicas do hospital. São pessoas que estão em situação de fragilidade entre a vida e a morte, e estão sujeitos a aceitar o que lhes oferecem. Nas narrativas dos usuários entrevistados **F2, F3, U4, F1,** e **U3** observaram abertamente o descontentamento e o desconforto das acomodações inadequadas:

Mais difícil é estar em cima dessa maca aí, [...] Se tivesse uma cama era outra coisa [...] em cima da maca é bem difícil para cuidar dela, você vê, pra eu descer ela daqui de cima desta maca alta, pra eu levar ela no banheiro, agora, já não consigo mais levar sozinha, tem que ser duas pessoas [...] Fica bem difícil. [...] o mais difícil é isso aí, ficar nessa maca nesse lugar apertado [...] Muito sufocado, o mais difícil é isso aí. [...] Num quarto, daria para gente cuidar dela melhor [...] é muita gente aqui, é apertado, muito

sufocado, não tem espaço. [...] O espaço é muito pequeno é muito sufocado. [...] Por num quarto ia facilitar muito pra nós. [...] Ir para um quarto ia melhorar muito. [...] Num quarto, daria para gente cuidar dela melhor, né. **(F2).**

È muito difícil ficar na maca aqui neste corredor, eu acho que isso é uma falta de respeito com a pessoa doente. Eu acho que isso é uma falta de respeito com a pessoa [...] só que eu acho assim que, no hospital em si, tem que ter mais vagas, [...] acho que tinha que ficar certo, que nem, ela está precisando de UTI, ficar na UTI, não ficar aqui desse jeito, achei uma falta de desrespeito [...] e não tem um lugar adequado, [...] Leito, lugar adequado para por as pessoas, não deixar assim no corredor, igual tà aqui, oh, principalmente um caso sério como o dela. Fica aí [...] uma cama seria mais confortável **(F3).**

Sempre nessa maca aqui. [...] um colchão, não tô reclamando, não é que é ruim tá bom, mas tinha que ser um pouco alto. [...] É provisório, mas nós ficamos diretos aqui, dorme aqui direto, por isso um colchão mais macio, para poder dar mais conforto. Não que seja ruim é que melhoraria né, essa noite mesmo eu passei mal, aí, é pequena, você não agüenta, você não agüenta é muito, é muito tempo na mesma posição, igual, o dreno tá aqui tem que cuidar do braço aqui, por causa do remédio, e você acaba ficando sem jeito. [...] Meio desconfortável **(U4).**

Aí de noite que arrumou essa maca daí para ela. Arrumou essa maca aqui e colocou aqui no corredor. [...] que nem a minha mãe, ta no corredor desde sábado, (04 dias) [...] eu fico na cadeira, durmo na cadeira. Ficou direto aqui. [...] eu tenho medo por que a maca é alta, e tenho medo que ela pode cair dali. A pessoa fica mais acomodada num quarto, fica no corredor é muito difícil. [...] ela, tá no corredor desde sábado **(F1).**

È muito difícil ficar na maca aqui neste corredor, acho que isso é uma falta de respeito com a pessoa doente. [...] Na maca aqui. ***(U3).***

Também observamos que, em virtude da falta de leitos na UTI, ocorre o desvirtuamento da unidade de emergência, onde passa a executar assistência de rotina de UTI (**PE1**). Embora **PE5** considere como uma ‘premiação’ prestar o atendimento de alta complexidade em um ambiente de emergência. Outro ponto importante destacado por **PE1** é o fluxo contínuo de atividades de urgência dentro de um serviço que poderia ser, exclusivamente, de emergência.

Nesse momento, nós não teríamos nenhum paciente, aqui na sala de emergência [...] mas não, temos quatro entubados esperando vaga de UTI. O ideal seria umas seis horas de espera, e o hospital ou o Estado resolva essa situação de vaga, mas os pacientes ficam aí, 5, 6 dias em cima de uma maca esperando vaga UTI, e isso vai continuar. [...] o que seria o ideal transferir para UTI, aqui no caso, a gente não ta fazendo o papel de emergência que deveria fazer, a gente está simplesmente prestando assistência que deveria ser tratado na UTI. [...] e essas consultas clinicas ou que entram andando ali pela porta, deveriam ficar lá embaixo, lá no ambulatório, sei lá. [...] daria para reservar só para emergência esta parte aqui, essas consultas mais clinica, essas coisas em outra parte em outra área separado do pronto-socorro **(PE1).**

Fez recuperação intensiva de UTI, dentro de uma sala de emergência, isso para mim é muito bom, porque dá para ver que a equipe está indo bem, mas a gente sabe que o paciente não tem que ficar dias na emergência para esperar uma vaga na UTI em cima de uma maca estreita, dura e desconfortáve **(PE5).**

Os usuários/familiares **U1, U2, U3, F1, F2** e **F3** relatam a necessidade de ampliar o **espaço de trabalho e de atendimento**, porque a demanda de pacientes é maior do que a capacidade instalada. Sugere a construção de outro hospital para ser dividida a assistência, bem como a contratação de mais profissionais.

O que dificulta aqui è muita gente. [...] Muita gente para atender aqui, é muito doente. [...] por que não fazem um hospital maior, [...] é lógico, precisa de mais espaço. [...] se tiver mais espaço vai melhorar, mas tem que ter cama para todo mundo se não vai adiantar nada, [...] Se aumentar o espaço precisa mais enfermeiro, com certeza se aumentar mais, precisa mais gente para trabalhar aqui **(U1).**

Foi difícil esperar. Esperar para abrir a vaga. [...] Se ele não tivesse visto, acho que eu estaria até hoje ali na frente esperando. [...] não sei, nunca vim aqui, mas tinha que ser maior, mais médicos, mais espaço **(U2).**

Porque vai indo conforme dá o espaço, como vão surgindo às vagas [...] mais vaga, vaga para internamento, mais vaga de quarto, porque a pessoa fica mais acomodada. [...] falta leito nas alas, [...] falta de espaço, tanto nas enfermarias, [...] mais é isso, falta de vagas, [...]... precisa mais vaga, vaga para internamento, mais vaga, mais vaga de quarto, porque a pessoa fica mais acomodada. Arrumou essa maca aqui e colocou aqui no

corredor. A pessoa fica mais acomodada num quarto, ficar no corredor é muito difícil. [...] à noite tava calma. Quando chegava aquele bando de acidentado aquele tumulto e faziam um barulho, mas depois que eles iam embora ficava calmo. Tava um silêncio, bem bom. [...] aqui no corredor tem muito barulho, no quarto é menor **(F1).**

Só que eu acho assim que, no hospital em si, tem que ter mais vagas, [...] acho que tinha que ficar certo, que nem, ela está precisando de UTI, ficar na UTI, não ficar aqui desse jeito, achei uma falta de respeito. Fica aí [...] e não tem um lugar adequado, ela ta sentindo dor na cabeça, fica aqui, essa barulheira, bate porta, entra, sai, bate. Até atrapalha mais **(F3).**

Fica difícil e ter um só um banheiro só, aqui, a única dificuldade que eu achei é, que enche de gente para tomar banho **(U3).**

Por num quarto ia facilitar muito pra nós. [...] Ir para um quarto ia melhorar muito. [...] que nem aqui quando ela quer dormir, os outros ficam conversando e ela não consegue dormir. [...] que nem aqui quando ela quer dormir, os outros ficam conversando e ela não consegue dormir **(F2).**

"A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais" (BRASIL, 2001_a, p.05). O Ministério da Saúde (2004 $_f$) diz que o ambiente hospitalar se refere ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem versus espaço (BRASIL, 2004_f).

Um primeiro ponto na definição do que é qualidade da assistência é o de que ela não se constitui num atributo abstrato, mas que é construída pela avaliação da assistência, em três eixos: 1) A estrutura implica as características relativamente estáveis das instituições, como área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional; 2) O *processo* refere ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento; 3) Os resultados é a obtenção das características desejáveis dos

produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do cliente, da população (DONABEDIAN, 1992 *apud,* KURGANT, 2005).

O conceito de recursos físicos compreende as áreas internas e externas que compõem um serviço de saúde. Uma unidade, especificamente, compreende o espaço físico determinado e especializado para o desenvolvimento de atividades assistenciais, caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas. A dimensão refere-se ao tamanho da unidade em função do equipamento, da população a ser atendida e das atividades a serem realizadas. O Estabelecimento de Assistência a Saúde (EAS) é entendido como qualquer edificação destinada á prestação de assistência à saúde da população, em qualquer nível de complexidade de atenção à saúde, em regime de internação ou não. Para a determinação dos EAS, deve tomar como base o modelo da assistência e a demanda da população a ser atendida, e o seu perfil epidemiológico (KURGANT, 2005, p.184).

O gerenciamento de recursos físicos e ambientais em enfermagem consiste, conforme Kurgant (2005), na organização ou gestão, cotidianamente, de uma unidade de saúde, provendo segurança, conforto e privacidade aos pacientes e assegurando condições de trabalho apropriadas aos profissionais.

Os profissionais da enfermagem também consideram que a **estrutura física** é inadequada para atender às necessidades dos serviços, e que a falta de leitos no hospital colabora para tal. Demonstrando a grande problemática de trabalhar no Pronto-socorro do HUOP, diante da **estrutura física** apresentada, que pode comprometer a **assistência humanizada de enfermagem,** haja vista que os usuários chegam fragilizados e permanecem num **ambiente de trabalho,** em desacordo com as recomendações e diretrizes da PNHAH/SUS.

As narrações dos **PE2**, **PE3, PE1, PE6** e **PE9** relacionam as condições da **estrutura física** e **ambiente de trabalho** do Pronto-socorro do HUOP, como desfavoráveis ao atendimento humanizado, tanto para os usuários quanto para as condições de trabalho dos profissionais. A estrutura física com espaço físico reduzido e inadequado existente no Pronto-socorro do HUOP compromete a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos usuários, ou seja, impede que a assistência de enfermagem aconteça em sua totalidade, porque a humanização vai além das relações interpessoais.

As vezes falta ambiente de trabalho, um pronto-socorro super lotado de pacientes em macas, corredor cheio, falta de funcionários, [...] só que não tem onde enviar esse paciente, não tem vaga em ala, não tem vaga de UTI e o paciente acaba ficando em uma maca na sala de emergência ou no corredor se estiver melhorzinho **(PE10).**

Falta espaço, principalmente espaço físico. O que nós precisamos aqui é principalmente espaço, teria que rediscutir o espaço. Principalmente espaço e leitos **(PE2).**

Facilita o trabalho um espaço físico maior, esse espaço físico aqui é insuficiente para nossa demanda, é muito pequeno, é um pronto-socorro pequeno, a sala de emergência tem só quatro Box **(PE3).**

Aqui não tem uma estrutura física adequada. É um banheiro só.Na sala de emergência o espaço é para quatro pacientes, mas muitas vezes nós temos 6, 7 ali dentro, porque não tem vaga de UTI para ser transferido. A falta de leitos é a reclamação que pesa mais **(PE6).**

O espaço fica muito pequeno, apertado. A estrutura não permite porque é pequeno, isso ai. Precisa aumentar o espaço físico, aumentar o número de leitos, separar o setor de emergência do consultório clínico que tá tudo amontoado, esse espaço todo seria só para emergência. É preciso melhorar a estrutura, desenvolver um local só para o pronto atendimento emergencial, mas só para emergência **(PE1).**

Falta de leitos primeiramente, mas acho que o que falta mesmo é vaga, um local mais humano para atender os pacientes. [...] para o local ser mais humanizado para começar tinha que ter quarto para acomodar os pacientes. Há tudo é difícil aqui, falta de espaço, falta de leito para o paciente, tudo meio improvisado **(PE9).**

A PNH diz que, para o conforto, existem componentes modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental, e quando aplicados com equilíbrio e harmonia, criam ambientes acolhedores e dão, muitas vezes, contribuições significativas no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004_g).

É importante que o ambiente seja adequado e confortável para a recuperação do paciente. Porém, as narrativas dos familiares **F2 e F3** não demonstram que o ambiente vivenciado por eles, enquanto estavam no pronto-socorro, tenha cumprido esse critério. As vinte e quatro horas de rotina do pronto-socorro já são providas de

ruídos e movimentos, por natureza, mas quando ela é desvirtuada, o barulho é intensificado, ocasionando tensão e alteração do repouso e da recuperação dos pacientes que já estão em situação desconfortável devido à precarização das acomodações.

Que nem aqui quando ela quer dormir, os outros ficam conversando e ela não consegue dormir **(F2).**

Não tem um lugar adequado, ela tá sentindo dor na cabeça, fica aqui, essa barulheira, bate porta, entra, sai, bate. Até atrapalha mais **(F3).**

Em busca da construção do SUS, o Ministério da Saúde tem desenvolvido um conjunto de ações integradas na área da assistência hospitalar, visando à melhoria da qualidade de atendimento nos hospitais da rede SUS. Este conjunto de ações inclui grandes investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica moderno, o barateamento dos medicamentos, a capacitação do quadro de recursos humanos, entre outros. Faz parte deste conjunto de medidas, como forma de garantir o melhor uso dessa infra-estrutura, o desenvolvimento de ações para a melhoria do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde. (BRASIL, 2001_a).

O Ministério da Saúde, através da ANVISA (2002), publicou a RDC 50. Essa resolução não estabelece a tipologia de edifícios referentes aos EAS, mas determina como devem ser construídos os EAS, com o intuito de proporcionar aos usuários e à equipe de saúde um ambiente adequado às atividades assistenciais programadas, sem riscos ou prejuízos à assistência, contribuindo para que a instituição de saúde seja considerada de qualidade por ter condições de atingir seus objetivos e também a satisfação da clientela. A definição das atividades e das atribuições propostas é que determina o dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes (ANVISA, 2002).

Para cada unidade funcional, é preciso considerar os ambientes de apoio das atividades assistenciais para o atendimento ao público e para as necessidades do trabalhador. Na análise das condições de trabalho e fatores de risco, solicita-se à instituição o cumprimento das exigências de segurança no trabalho, como: estado de uso e manutenção de equipamentos; instalações elétricas; iluminação;

ventilação; temperatura e umidade adequadas; plano de emergência; plano de combate a incêndio; mapa de fuga; extintores; placas e símbolos; ambiente com poucos ruídos (requer decibelímetro para medir os ruídos) (ANVISA, 2002).

Nos serviços de saúde, a qualidade deve ser enfatizada, principalmente porque o produto/serviço é consumido durante a sua produção, tornando-o diferente da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito, sem mais conseqüências, exceto a perda de matéria-prima e o retrabalho (SILVA, 1996).

O conceito de qualidade e as estratégias para se obtê-la vêm se transformando gradativamente e incorporando novos parâmetros. Dessa forma, acredita-se que a busca pela qualidade vem sendo uma constante nas diferentes formas de produzir bens e serviços. Neste contexto, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, compreendidos como empresas complexas, necessitam adaptar-se a este novo cenário e tornarem-se flexíveis para incorporarem estratégias capazes de atender o usuário, seja interno, ou externo, razão de ser da instituição (KURGANT, 2005).

Verifica-se que a prestação da assistência à saúde é realizada por grupos heterogêneos de profissionais, com formação educacional distinta, dificultando o trabalho em equipe no que se refere à qualidade dos serviços prestados. Neste setor, a qualidade é definida como um conjunto de atributos, que inclui o nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente/cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 1981; DONABEDIAN, 1992).

A qualidade da assistência pode ser definida como a satisfação das necessidades dos clientes, considerando que este deverá ser objeto central das estratégias em busca da qualidade, bem como participar ativamente deste processo, no papel de avaliador das atitudes dos profissionais da Saúde e dos resultados alcançados com o tratamento recebido (BERWICK, 1994).

Para obter qualidade assistencial, amparada pelos princípios da universalidade, integralidade, eqüidade e a participação social do usuário, o Ministério da Saúde apresenta os parâmetros para humanização do atendimento aos usuários. Contudo a nossa realidade tem se mostrado distante da proposta de humanização dos serviços públicos de saúde. Convivemos, no cotidiano do trabalho, com filas enormes a espera de atendimento nos serviços de saúde, ocasionando

aglomerações nos corredores, situação que denuncia a falta quantitativa e qualitativa de oferta de serviços de promoção, prevenção e de reabilitação da saúde.

Uma dessas filas é a demanda volumosa no Pronto-socorro do HUOP. Acredita-se que pode ser atribuído ao fato da assistência da ABS acontecer no modelo antigo, pois a cobertura assistencial pelas equipes da ESF, em Cascavel (PR), é insignificante. Já nos demais 24 municípios pertencentes a 10ª Regional de Saúde, este modelo tem avançado um pouco mais.

Outro problema levantado está relacionado ao quantitativo de hospitais credenciados ao SUS, ficando a rede hospitalar com número de leitos muito inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde. O HUOP é a única instituição pública de referência para atender a demanda de maior vulto em todo a loco regional, dificultando o trabalho da CRL, haja vista a insuficiência de leitos para o atendimento de média e alta complexidade para atender a demanda dos 25 municípios.

O PNHAH diz que os hospitais precisam de instalações adequadas com qualidade, com equipamentos atualizados e com condições ambientais saudáveis ao processo de trabalho no âmbito hospitalar. Comparando às recomendações feitas pelo Ministério da Saúde, o Pronto-socorro do HUOP necessita rever seu ambiente de trabalho com relação à estrutura física e espaço. A estrutura física possui espaço limitado, inadequado, improvisado e em condições precárias de conservação. Há aglomeração de pacientes em maca e cadeiras, afetando negativamente a recepção dos usuários e a imagem dos serviços. Toda essa constatação interfere na qualidade da assistência prestada, impossibilitando a privacidade do paciente durante o procedimento, e inviabilizando um atendimento individualizado, efetivo, resolutivo, integral, ou seja, humanizado, Outro ponto agravante que interfere na qualidade dos serviços é a grande demanda de pacientes, vivenciada num fluxo desordenado e exacerbado, sem o devido respeito ao fluxo de regulação dos serviços de saúde.

Diante desta visão caótica, instalada no Pronto-socorro do HUOP, é visível e notória a preocupação da equipe de profissionais de enfermagem em cuidar, assistir e proporcionar um atendimento de melhor qualidade possível aos seus usuários e/ou familiares, porém a qualidade da assistência prestada fica muito comprometida.

Observamos que as práticas cotidianas do trabalho em saúde necessitam de reavaliação nos indicativos inerentes a rede assistencial, composto pela resolutividade na atenção básica de saúde, financiamento do SUS, regulação dos

serviços/atendimento hospitalar, estrutura física e demanda, e ambiente de trabalho/espaço. Todas essas dimensões são imprescindíveis para que os serviços públicos de saúde atinjam um nível satisfatório de qualidade, eficácia, eficiência e resolutividade e, por conseqüência, a prestação de uma assistência humanizada aos usuários, principal sujeito interessado, visto que a humanização possui um caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Portanto, é aceitável a linha de pensamento quando afirma que: “a humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo submetida e promovida pelo próprio homem” (SIMÕES; RODRIGUES; TAVARES; RODRIGUES, 2007, p. 439,).

5.2.2 Assistência de Enfermagem

A assistência de enfermagem, neste estudo, é entendida como todos os cuidados de enfermagem realizados pela equipe de enfermagem, quais sejam: enfermeiros, auxiliares ou técnicos em enfermagem. Cuidados são ações, procedimentos, intervenções e atividades executadas e avaliadas para atender as necessidades dos usuários e/ou familiares.

> A enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente/cliente, em toda a sua integralidade como ser biológico e social. Historicamente o trabalho de enfermagem tem envolvido dois campos de atividades, que identifico como o dos cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial (PIRES, 1999, p.39).

Os hospitais estão organizados para tratar apenas das doenças das pessoas, mas o fato do usuário estar internado não lhe tira a característica humana de totalidade que se relaciona. Precisa comer, dormir, manter-se higienizado, estar em ambiente confortável e limpo, relacionar-se com outras pessoas e ser nutrido afetivamente. Quando precisa de um atendimento especial em hospital, ele não deixa de ser um cidadão com direitos sobre a sua vida e sobre o seu corpo (mesmo que em algumas situações clínicas mais graves esteja impossibilitando de exercer esse direito). Algumas necessidades decorrentes dessa característica de totalidade do ser humano são assumidas pela enfermagem, como parte de suas atividades. Outras aparecem como “problemas” que, na maioria das vezes, são “cobrados” da

enfermagem. A enfermagem é “cobrada” pelos médicos, pelos pacientes, por familiares e pela administração. No entanto, “o seu poder decisório é pequeno, depende de outros setores, e as regras de funcionamento da instituição delimitam as suas possibilidades de ação” (PIRES, 1999, p.39).

Para compreender a complexidade da assistência de enfermagem é importante contextualizar o desenvolvimento da enfermagem a partir da sua pioneira, Florence Nightingale (1820-1910). Desde o tempo de Florence Nightingale, em 1858, o objetivo real da enfermagem era de “proporcionar ao paciente melhor condição para a natureza poder agir sobre ele”. Os estudiosos da enfermagem a tem definido tanto como arte quanto como ciência. Inicialmente, a tendência era a ênfase aos cuidados de enfermagem, que se voltava para o atendimento aos doentes. Mais recentemente, a manutenção e promoção da saúde, assim como a prevenção de doenças, são enfatizadas (BRUNNER; SUDDARTH, 1994, p.03).

Podemos considerar que a “enfermagem sempre esteve voltada para atender às necessidades de assistência de saúde da sociedade. Ela originou-se do desejo de manter as pessoas saudáveis, assim como proporcionar conforto, cuidado e confiança do enfermo”. Sendo assim, a enfermagem tem como essência a arte de cuidar do ser humano de forma individual, na família ou na comunidade, de modo holístico e integral, desenvolvendo, de forma autônoma ou multidisciplinar, atividades de prevenção e promoção da saúde, e prevenção e recuperação de doenças. ”A enfermagem como profissão é única à medida que se dedica humanística e holisticamente às reações dos pacientes e de suas famílias, diante dos problemas de saúde reais e potenciais” (POTTER; PERRY, 2004, p.03).

Em 1995, a Associação Americana de Enfermagem publicou a seguinte definição de enfermagem e enfatizou-a enquanto profissão independente:

> A enfermagem é uma profissão de assistência e, como tal, fornece serviços que contribuem para a saúde e bem-estar das pessoas. Os componentes essenciais da profissão são a assistência, a cura e a coordenação. O aspecto da assistência é mais do que “tomar conta de alguém”, mas significa “preocupar-se com alguém”, “cuidar de alguém”. Ela lida com seres humanos sob estresse, freqüentemente por longos períodos. Ela fornece conforto e apoio em momentos de ansiedade, solidão e desamparo. Significa ouvir, avaliar e intervir de maneira apropriada (POTTER; PERRY, 2004, p.09).

A enfermagem é considerada uma ciência e arte, que se fundamenta num corpo de conhecimentos e práticas, abrangendo desde o estado de saúde ao estado de doença, baseando-se em atitudes pessoais, profissionais, científicas, éticas e políticas do cuidar de seres humanos. E o conhecimento que fundamenta a assistência de enfermagem deve ser respaldado na intersecção entre a filosofia, que responde a questão existencial do ser humano, a ciência e a tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética, numa abordagem epistemológica comprometida com a emancipação humana e a evolução das sociedades.

Com relação à assistência recebida pelos profissionais de enfermagem, os usuários ou familiares informaram que foi adequada. Portanto, obtiveram uma **avaliação da assistência de enfermagem** positiva. As dificuldades relatadas denotam não ser de domínio dos profissionais da enfermagem, porque são situações que necessitam de intervenção de outras esferas administrativas inerentes a decisões de governo seja, municipal, estadual, federal, ou seja, institucional, de acordo com as falas dos pesquisados **F1, F2, F3, U1, U2**, **U3** e **U4**.

Quanto à enfermagem tá bem. São bem atenciosos. [...] pelo menos eu, não tenho o que me queixar de nada. O atendimento é bom. Eu fui bem atendida **(F1).**

Bom, eles atendem, são bem atenciosos. Mesmo aqui na maca, estão atendendo bem. [...] Sim, dão banho, fazem a medicação trocam o soro **(F2).**

aqui, há pelo que eu vi, foi bem atendido. As pessoas atendem bem. Acho que é isso, que as pessoas elas atendem bem, mais o que, que adianta os que estão aqui, os enfermeiros e os outros atenderem bem. **(F3).**

Para mim, até agora atenderam bem. Atenderam bem. Sempre passam por aqui, cuidam bem **(U1).**

Foi boa. Não me faltou nada, eu fui muito bem atendido **(U3).**

150%, sem exagero nenhum. Não, teve problema não, muito bem encaminhado. Não teve problema nenhum, não **(U4).**

O que foi possível observar nas narrativas é que, mesmo acomodados em maca e cadeira expostas no corredor, por falta de leitos na instituição e na rede assistencial hospitalar, sentem-se bem atendidos pelo profissional de enfermagem do pronto-socorro. Foram unânimes em dizer que são bem atendidos pelos profissionais da enfermagem, porque são atenciosos, cuidam bem e não lhes faltava nada. Já, **U2** deu a entender que outro atendimento não foi bom.

[...] da enfermagem foi bom **(U2).**

Desta forma, pode-se constatar que as atitudes do cuidador, segundo as falas significativas dos usuários, devem ser permeadas pelos atributos que consistem em atenção, calor humano, carinho, amor e dedicação. A avaliação positiva da assistência de enfermagem, ou seja, do cuidado realizado pela enfermagem aos usuários ou familiares, foi abordada por todos os entrevistados de forma satisfatória e humanizada. Quanto a isto, Waldow (1999) diz que a qualidade da assistência na percepção do usuário está mais associada à humanização do cuidado e às atitudes do cuidador.

Porém, a **avaliação da assistência de enfermagem,** mostrada através da percepção e na auto-avaliação dos profissionais da enfermagem, não se mostrou tão positiva quanto à dos usuários ou familiares. Talvez porque sejam mais críticos com relação à qualidade de assistência prestada.

Vários afirmaram que a **assistência de enfermagem** por eles oferecida acontecia de forma insatisfatória quanto aos quesitos **integralidade, privacidade/dignidade, riscos de infecção, atendimento de prioridades,** e consideram que estas finalidades não são atingidas em virtude da falta de condições de trabalho compreendida pela restrição e **disponibilidade de recursos** físicos e de equipamentos.

Nas falas de **PE6, PE8, PE9, PE10** e **P11,** os profissionais manifestaram grande insatisfação quanto à qualidade de sua **assistência de enfermagem** prestada. Levantam vários problemas relacionados à grande demanda de pacientes diante da **estrutura física** inadequada e falta de condições de trabalho, como responsáveis pela baixa qualidade de sua **assistência de enfermagem** prestada aos usuários. Acredita-se que os profissionais são mais rigorosos na sua auto-avaliação, dado ao fato de conhecerem mais profundamente a sua função no

cuidado com o ser humano fragilizado, e em virtude dos diversos limites operacionais imobilizarem o seu processo de trabalho.

É que chega uma emergência, chega pacientes graves e a gente não consegue fazer tudo ao mesmo tempo e tem que medicar em pé, tem que atender porque o paciente está com dor, às vezes tem que dar um jeitinho de emprestar de outro paciente uma cadeirinha para ele, mas a falta mesmo de conforto né, [...] eu acho que aqui não pode ter cama, por que vai por onde, não tem lugar, tem toda complexidade **(PE8).**

Boa, a assistência só não é melhor por falta de condições, por exemplo, aqui você precisa de uma maca para colocar paciente aqui, não tem como você vai prestar cuidado para um paciente que precisa ficar em repouso, e aqui não tem uma maca, não tem a onde ele ficar, e temos que deixar no corredor. Você não vence atender todos ao mesmo tempo, um tá com dor, outro tá com febre, é difícil você conseguir dar conta de atender todos, como eles merec. **(PE9).**

Eu avalio minha assistência de enfermagem conforme a resposta que a gente tem do paciente, se conseguir satisfazer as necessidades dele e uma resposta positiva, quando você se frustra é uma resposta negativa não conseguindo cumprir com o seu papel **(PE10).**

Vou ser bem sincera, a minha assistência eu acho que é média porque eu sempre procuro fazer o melhor possível. Dá impressão que você não faz o suficiente, não sei não, é sempre que dá essas crises de consciência, dá impressão que poderíamos fazer mais. Sei lá. Não dá para fazer mais porque é corrido por isso é que não dá para a gente fazer tudo o que precisa para os pacientes, você não dá conta, é muita gente para atender, tudo improvisado, paciente no corredor, essa noite foi bem corrido. A gente ta sempre, nesse plantão, a gente está sempre mexendo, limpando, trocando e dando banho, deixando sempre o paciente um pouco mais a vontade e confortável mesmo na maca, estamos sempre aspirando, medicando, verificando os vitais, mas nem tudo dá para fazer porque é muita coisa que precisa fazer para muitos pacientes **(P11).**

A assistência de enfermagem tem a ver com a consciência, acho que a gente faz o que a gente pode dentro daquilo que a gente pode fazer. Eu acho bom, dentro das condições que a gente tem e consegue fazer, desde conforto psicológico, conforto, mesmo o que a gente pode proporcionar a gente proporciona, é claro que às vezes acontece de você não conseguir, que nem às vezes a gente está ali na emergência e a gente não consegue fazer o controle vital de hora em hora **(PE8).**

Na opinião dos profissionais, é necessário ter condições mínimas para a execução do trabalho, dentre elas: estrutura física adequada, acomodações de leitos, preservando a privacidade e evitando infecções cruzadas, equipamentos em quantidade e operacionalmente suficientes para a demanda de pacientes atendidos, possibilitando um acolhimento digno, humanizado e integral. Contudo, não são apenas os problemas estruturais internos que comprometem a qualidade da assistência de enfermagem prestada, os externos à instituição hospitalar também interferem, especialmente, quando as pactuações do sistema de Saúde municipal e regional não são obedecidas, como observado e avaliado na **logística do atendimento da enfermagem.**

"A atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisa de cuidados hospitalares". Atenção integral é garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p.197).

Contudo, para que o cuidado de enfermagem se torne humanizado é imprescindível que seja garantida a **Integralidade** da assistência e não uma assistência dicotomizada. **PE1** e **PE2** consideram que fazem o possível para oferecer uma assistência de enfermagem que possa pelo menos sanar um pouco as muitas necessidades, mas justificam que as condições de trabalho dificultam a sua efetividade.

Minha assistência de enfermagem está médio, regular e às vezes ruim. Não por que eu quero, é por que não me dá condições. Eu gostaria de fazer muito mais coisas. Virar de decúbito, higienizar, poder passar um dersani, deixar mais confortável, mas você não se consegue. Não faço porque não tem condições Quanto a assistência humanizada, o que eu sei que a gente tem que fazer o atendimento, com amor com carinho, com dedicação pro paciente, promover o conforto para ele, minimizar a dor, juntamente com a família, a família tem que estar interagindo junto para ficar apar se esta melhorando se esta piorando, a família tem que estar sabendo de tudo, tem que passar informação para família, ter uma comunicação com a família eu acho isso importante, é mais ou menos isso **(PE1).**

Assistência humanizada ela é e tem que ser prioridade [...] a nossa assistência é muito ruim porque não temos condições. Então eu vejo assim que nossa assistência sem querer usar de desculpas, a gente tem que ser assim briguento mesmo, não vou fazer nenhuma assistência se não tiver condições. Mas você olha aquele coitado, e eu não tenho coragem de dizer - eu não vou cuidar do senhor enquanto não tiver um colchonete descente, uma cama. Aqui existem coisas boas, mas falta a gente ir atrás e conquistar **(PE2).**

A **integralidade** dentro da humanização da assistência de enfermagem passa por um sentimento de solidariedade, de respeito e de algo imprescindível ao cuidado humano, conforme **P2** e **P3.**

Então para mim uma assistência humanizada é tudo, ter alguém que eu possa oferecer, quer um copo de água? Paciente que está com sonda nasogástrica aberta, dê um copo de água, agora deixar a boca torrando só porque está com a sonda nasogástrica aberta, consciente, orientado, olhando para você, para mim é dar tudo, tudo de direito para ele, quer usar a fralda quer ficar sem a fralda, tudo, dar tudo que o paciente deseja. Lógico, se ele não tiver condições de relatar nada, no caso de inconsciência, é você ver para ele o que ele necessita, é você olhar para ele, e ver o que ele esta necessitado disto ou daquilo, erguer a perna, botar para o ladinho, perceber se ele ficou deitado muito tempo na mesma posição, ele cansa, então perceber com seus olhos a necessidade, e entenda a situação dele **(PE2).**

Quando você consegue ver o paciente num todo, focar e tratar ele bem, você consegue atender ele bem melhor. Não só barriga aberta, perna quebrada. [...] uma equipe que consiga atender com calma o paciente, uma equipe que consiga fazer uma punção venosa com calma, consiga dar um banho com calma, consiga conversar com esse paciente, isso é uma assistência de enfermagem humanizada **(PE3).**

Já, **P5** considera que os profissionais da enfermagem realizam um trabalho humanizado, independentemente de ser usuário do SUS ou não.

Eu digo para você, que os funcionários que trabalham aqui no corpo de enfermagem e eu, a gente trabalha com humanização, a gente respeita independente de ser SUS ou não, a gente respeita e valoriza o ser humano, isso está na gente **(PE5).**

Outros consideram que a humanização da assistência de enfermagem passa pelo diálogo, atenção, carinho e ser sensível à situação, colocando-se na condição de paciente ou de um familiar, conforme relatam **PE11, PE8, PE6** e **PE7**:

Tem diferença entre cuidar de meia dúzia, e cuidar de 20, entre meia dúzia você pode prestar um monte de cuidado, de dar conforto, de estar conversando, de ouvir, às vezes você passa assim pelo corredor cheio, você não conversa com ninguém porque não dá, parece assim, às vezes você olha ali e pensa, meu Deus se fosse eu ali, né? Ninguém conversar comigo? [...] Pra prestar uma assistência mais humanizada, um pouco falta a sensibilização, nós cuidamos um ser humano **(PE11).**

Aqui a gente faz assistência humanizada dentro do que você consegue dar dentro das condições que a gente tem às vezes você pode dar uma assistência melhor, e às vezes você não pode **(PE8).**

Eu acho que assistência de enfermagem humanizada para mim seria você, primeiramente ter empatia, colocar-se no lugar do paciente, e depois eu acho que você conversar, um diálogo com o paciente, conforto, uma palavra, um conforto é o calor humano, é dar um apoio ao paciente sem você dar uma medicação ou fazer algum procedimento evasivo. Sim, eu acho que a gente deve conversar e pedir para ele o que houve e o que aconteceu? Por que ele está naquela situação? Pedir para ele se a gente pode ajudar em alguma coisa, que não seja com medicação. Por que muitas vezes o paciente está com problema psicológico, não ta com problema de doença, mas o paciente vem muitas vezes aqui, até é chato falar isso, mas, tá quebrado... mas é totalmente psicológico o problema daquele paciente, então tu vai ali, conversa, dá um carinho, passa a mão na cabeça, as vezes é falta de atenção da família que não dá atenção, então o paciente vem para cá doente **(PE6).**

Eu acho que minha assistência é boa. O que eu se sobre assistência humanizada é tratar o outro como se fosse alguém da família, eu to cuidando de uma criança ali, é não exatamente se colocar no lugar dele, mas como eu trataria meu filho, então eu trato aquela criança que ta ali, como eu trataria o meu amigo, eu trataria aquele senhor que está la naquela maca **(PE7).**

A integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada a partir de dois ângulos: “a integralidade da atenção olhada no hospital e a partir do hospital (a

integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si), e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de Saúde". (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p.197).

O cuidado, nas organizações hospitalares, possui característica multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde. "O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é um somatório de um grande número de pequenos cuidados parcial que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital." Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas de saberes num processo dialético, de complementação, compõem os cuidados em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p.198).

Um dos desafios do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos de cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY; CECILIO, 2002).

Pinheiros; Mattos (2005, p.199) afirmam que a instituição hospitalar precisa criar modos próprios de coordenação e de gerenciamento do cotidiano sobre a influência da micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concentrada em um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Nessa medida, é certo que "o tema integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços da saúde, passa necessariamente pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como um tema para a gestão hospitalar".

Como eixo do processo gerencial, esta estratégia para a coordenação na lógica do cuidado é o papel quase silencioso da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários aos cuidados: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares; supervisiona as condições de hotelaria; dialoga com a família; conduz a circulação do paciente entre as áreas; é responsável por uma gama muito

grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p.204).

Concorda-se com os autores, quando mencionam o outro ângulo da integralidade, que é o hospital no ‘sistema de Saúde’. A noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmônico entre partes, cada qual com sua função, que contribui para o bom funcionamento do todo. O conceito ‘sistema de Saúde’ denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática. É, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos, e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muita vezes interrompidos e truncados, construídos a partir do protagonismo de interesses e sentidos, que não podem ser submetidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um ‘sistema’, deveríamos pensar em “uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam” (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p.199).

“A integralidade do cuidado de que cada pessoa realmente necessita freqüentemente transversalizar todo ‘sistema’. A linha do cuidado pleno perpassa por inúmeros serviços de saúde”. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado, pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. A forma mais tradicional de se pensar o hospital no ‘sistema de Saúde’ é: ”como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade” (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p.199).

A assistência integral é um conjunto de ações que, harmoniosamente, vai sendo executado e transformado em cuidados. Esta harmonia é ditada por ações que seguem uma ordem de prioridades, normalmente considerando o nível de gravidade, urgências/emergência, isto é, as necessidades de cada paciente. O pronto-socorro é uma unidade que tem inúmeros pacientes, e cada qual com as suas próprias prioridades a serem atendidas e, geralmente, ao mesmo tempo. Sendo assim, é importante que os profissionais da Saúde, em especial, da enfermagem, tenham critérios de atendimento conforme as prioridades de risco vital, ou seja, dando prioridade ao paciente em processo de admissão, por não ter uma avaliação da situação, e para os pacientes graves em risco de morte. Os demais

pacientes, embora seu problema também seja importante, fica para depois da estabilização dos casos agudos e graves. “Uma das funções da enfermagem é identificar as necessidades imediatas do paciente e tomar providencias para aliviá-las. A utilização da abordagem das necessidades básicas é apropriada ao atendimento de Enfermagem” (BRUNNER; SUDDARTH, 1994, p.12). As falas de **PE2, PE8** e **PE4** abordam a forma que estabelecem as **prioridades,** de acordo com as necessidades ou o nível de gravidade apresentadas pelos pacientes:

Então, como prioridade o padrão respiratório do paciente. A partir do momento em que esta respirando, o restante vai melhorando, as outras coisas vão melhorando. Por que se não respira não adianta erguer nem o pé, nem o braço, então a prioridade é o sistema respiratório dele; pronto ta respirando, então vai começar a fazer os outros procedimentos, mas primeiro é cuidar do sistema respiratório dele, com isso ele começa a se alimentar de alguma coisa. Então eu dou como prioridade isso **(PE2).**

A prioridade é sempre o paciente mais grave. Uma parada cardíaca, dor intensa, sangramento, vomito, dispnéia com certeza são prioridades. A prioridade depende da necessidade de cada paciente, a gravidade de cada paciente, a gente tenta priorizar todo mundo, por que assim a gente tem uma visão ética, na visão do paciente o problema dele é o maior, independente dele ser pequeno ou grande o dele é o maior, mas às vezes você tem que dar prioridade para quem tenha um risco iminente de morte, digamos assim né, dai você prioriza isso por que a gente está em um setor de emergência e tudo você tem que avaliar dessa forma. É por ai por gravidade **(PE8).**

Como é um setor de urgência e emergência, nossas prioridades sempre vai ser a emergência, não é nem por que a gente quer priorizar isso, por que ela é tão critica que, você não tem como deixar isso para fazer outras coisas, então por isso, como isso sempre acontece com as pessoas graves, a gente acaba mesmo deixando aquilo que não é tão importante, não é tão grave para nós, lógico, o paciente não, que o paciente não se sinta tão importante, para depois em segundo plano priorizar o que não é paciente grave. É estabilizar, manter vivo **(PE4).**

Na fala de **PE6,** também, se destaca a importância dos cuidados no momento do acolhimento, quais são: higienização, troca de roupas, controle dos dados vitais, oxigenação, conforto e acomodação, como parte importante do cuidado de enfermagem.

Prioridade para mim é a medicação, vejo se o paciente esta com dor, quando ele chega ruim, chegam dispnéicas aí providencio oxigenação, depois de oxigenar, medico, depois monitoro, priorizar é isso: monitorização, oxigenação, controlar a pressão e fazer a medicação, então nossa prioridade é essa, banho, conforto a gente vê se têm condições de fazer, após a gente fazer os primeiros cuidados, ai a gente começa arrumar a maca, chega dar um banho ali mesmo, cortar a roupa se não dá para tirar, às vezes tem que fazer uma higiene ali mesmo porque não tem condições de deixar do jeito que chega o paciente para nós, molhado, vomitado, ensangüentado, é muita bagunça você tem que limpar. [...] são, primeiro os cuidados emergenciais para estabilizar o paciente, e depois faz o restante dos cuidados por ultimo **(PE6).**

PE3 destaca a necessidade de ver os resultados de exames e de conhecer o histórico do paciente como parte da assistência integral, este recurso facilitaria a sua percepção de outras necessidades dos usuários, visualizando as prioridades e a totalidade.

A assistência de enfermagem é regular, pelas condições. A prioridade são os pacientes mais graves. A gente consegue fazer só o básico. Por que é muita gente para atender, não dá tempo para conseguir fazer tudo. Você consegue fazer só o básico, que é colocar os horários de medicação, medicar, verificar os sinais vitais, dar o banho, e trocar o curativo. Não conseguimos ver um exame, não se consegue olhar o RX, não consegue levantar histórico do paciente. Quando você ta interada do quadro do paciente, você consegue ver ele com outra idéia, você consegue ver outras necessidades dele além da patologia, isso é uma assistência humanizada. **(PE3).**

Prevendo as necessidades que eles próprios não possam resolver, e atendendo-as, “tem não só de ter aguçada a percepção das necessidades dos pacientes, como de ser capaz de comunicar suas necessidades a outros profissionais da Saúde, envolvidos em seu atendimento, e coordenar os esforços de todas as pessoas, na tentativa de promover o alcance dos objetivos”. (BRUNNER; SUDDARTH, 1994, p.11).

Diariamente, no início de cada plantão, a equipe de enfermagem faz uma divisão de atividades assistenciais em acordo com o montante de tarefas de cada setor com a respectiva rotatividade de profissionais por todos os setores da unidade,

respeitando as aptidões e afinidades de cada profissional. Primeiramente, é feito uma distribuição dos profissionais escalados em conformidade com as necessidades de cada setor: emergência, urgência e semi-intensiva. Cada setor sempre comporta vários pacientes, com quantidade e diferentes necessidades, e com muitas ações, procedimentos, atividades e cuidados a serem realizados. Após a primeira divisão de profissionais e dos respectivos setores, na maioria das vezes, ocorre outra redistribuição, que é feita pelos critérios dos próprios profissionais daquele setor, conforme as necessidades e o volume de cuidados de atividades que aquele setor demanda naquela data ou situação.

A assistência e cuidados de enfermagem são ações relacionadas em satisfazer e atender as necessidades e prioridades dos pacientes, que são: os sinais vitais, parada cardio-respiratória, risco de quedas, balanço hidroeletrolítico, alimentação, eliminações fisiológicas, higienização, segurança, conforto e bem-estar, entre outros cuidados prioritários, intimamente ligados às necessidades humanas básicas. Certas necessidades básicas são comuns a todos os seres humanos e exigem uma satisfação correspondente a isso. “Essas necessidades são tratadas com base nas prioridades, o que quer dizer que algumas necessidades são mais prementes que outras. Contudo, uma vez atendida uma necessidade essencial à pessoa passa a uma necessidade de um nível mais elevado” (BRUNNER; SUDDARTH, 1994, p.12).

A hierarquia de necessidades de Maslow é uma estrutura organizacional útil, que pode ser utilizada com os diversos modelos de enfermagem na avaliação dos pontos fortes, limitações e necessidades de intervenções de enfermagem dos pacientes. A hierarquia das necessidades humanas de Maslow mostra como uma pessoa se desloca do atendimento das necessidades básicas aos níveis mais elevados de necessidades, com a finalidade última de funcionamento humano integrado à saúde, são elas: necessidades fisiológicas, necessidade de segurança e tranqüilidade, necessidade de companheirismo e afeição, necessidade de estima e respeito próprio, e necessidade de realização pessoal (BRUNNER; SUDDARTH, 1994).

Outro problema levantado pelos profissionais da enfermagem é a dificuldade de manter a **privacidade** do paciente com **dignidade**, em virtude das condições físicas estruturais da unidade que possui acomodações impróprias diante da alta demanda de pacientes, ocasionando um ambiente desfavorável para o tratamento e

o restabelecimento de sua saúde. A PNH descreve que a arquitetura do ambiente de trabalho é uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, uma vez que pode ser usada como instrumento construtor do espaço aspirado pelos profissionais da Saúde e pelos usuários, que se constitui de um ambiente que vai além da arquitetura normativa, projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia (BRASIL, 2004_f). Observa-se nos depoimentos de **PE1** e **PE2** que os profissionais sentem-se muito incomodados e desconfortáveis com esta situação, porque é um desrespeito e uma violação aos direitos do paciente:

Eu não consigo abrir a porta para liberar uma visita, por que, tão passando uma sonda vesical naquele paciente lá [...] tá todo descoberto, todo exposto. É isso, não fica só um prejudicado, não tem jeito de colocar um biombo aqui e chamar uma visita para entrar. [...] como é que eu vou virar um paciente desses em cima de uma maca dessas. Eu gostaria de fazer muito mais coisas **(PE1).**

Se tivesse um familiar meu aqui, eu ia pedir para colocar uma tábua, separando minha mãe daquele homem, ou meu pai daquela mulher. Acho que precisam de um espaço adequado com privacidade. Aqui, a gente está com o paciente despido e entra alguém, o SIATI ou o SAMU entram por ali, é bem assim **(PE2)**.

Segundo a cartilha da PNH, a privacidade e a individualidade dizem respeito à proteção da intimidade do paciente, que, muitas vezes, pode ser garantida com uso de divisórias ou, até mesmo, com cortinas e elementos móveis, que permitam, ao mesmo tempo, integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, e este paciente veio de um cotidiano e espaços sociais específicos. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade, quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, dentre outros cuidados, que permitem ao usuário preservar sua identidade (BRASIL, 2004_f).

O dimensionamento da sala de emergência do Pronto-socorro do HUOP tem condições previstas para receber quatro pacientes por vez. Mas como a demanda é maior que este número, conseqüentemente, são admitidos, assistidos, tratados e acomodados muito mais pacientes num único espaço.

Diante deste quadro, alguns pacientes ficam sem biombos, porque não há espaço físico entre uma maca e outra que permita a colocação de um biombo no momento de executar um procedimento emergencial e invasivo. Os profissionais se vêem obrigados a expor o paciente a uma condição considerada como degradante, ferindo o direito a **privacidade** e a **dignidade** do paciente ou, ainda mais, obrigando outros pacientes a assistir cenas agressivas e desnecessárias. Estes pacientes poderiam ser poupados, se não fossem obrigados a permanecer no mesmo espaço por tempo tão prolongado, afirma **PE2** e **PE5**. Com isso, não proporcionamos nem **privacidade** e nem humanização na assistência, porque ferimos a **dignidade** humana.

Tem que dar um banho de leito e o paciente não tem privacidade, você não consegue colocar um biombo porque não tem lugar. Não tem privacidade nenhuma, então assim é muito complicado. A gente acaba submetendo o paciente em uma situação que no mínimo degradante. A pessoa perde a privacidade e, não tem o mínimo de conforto **(PE3).**

Um atendimento, um procedimento invasivo que expõe o paciente, outras pessoas que estão no mesmo ambiente acabam vendo, por que não tem onde colocar essas pessoas, nem como por um biombo, porque não tem espaço. O paciente fica ali no corredor, a criança fica ali no berçinho, fica um monte de gente aglomerado. As pessoas numa situação de emergência não devem ser deixadas numa maca numa sala de emergência por vários dias [...] e a gente para querer tentar resolver porque nós não temos para onde mandar, a gente acaba não humanizando, fica um monte de gente aglomerado, assistindo muitas cenas que não são legal **(PE5).**

PE2, PE3 e **PE4** evidenciam as situações de revolta deles por não dispor de condições para executar os cuidados de forma satisfatória.

E se põem no lugar do camarada, eles não queria nunca, nunca estar nessa situação em cima da maca. Ai a família chega aqui e encontra às vezes o cara todo torto, desconfortável, mas não tem outro jeito. Você cobre de cobertor, estica e fica todo bonitinho, mas em baixo está tudo tortinho, não tem mesmo como endireitar. É por que, às vezes, eles ficam aqui na emergência, somente porque lá fora não ter um espaço para eles, coitado tem pacientes que ficam deprimidos por que não conseguem ver isso aqui, por que uma bomba

apitava e era um pavor. Mas vai por aonde? Já atendemos um paciente aqui em cima da mesa da pia, com uma tábua **(PE2).**

Tem paciente como uma senhora de 80 e poucos anos, ela está a mais de uma semana aqui no pronto-socorro, dormindo em cima da maca, tomando banho em um único banheiro. **(PE3).**

O hospital, o pronto-socorro é muito deficitário nesse sentido, não tem lugar para isolar o paciente, não tem como, criança sempre junto com adulto, você não tem como passar uma sonda adequada **(PE4).**

Segundo a Carta do Direito dos Usuários, é assegurado ao cidadão o atendimento acolhedor e humanizado, garantindo-lhes o respeito, a integridade física, a privacidade, o conforto, a individualidade, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal, segurança no procedimento, bem-estar psíquico e emocional, em qualquer situação de diagnóstico e tratamento. Também, tem direito ao acompanhante por pessoa de sua escolha e visita diária não inferior a duas horas (BRASIL, 2006_c).

A Carta Magna garante o direito do cidadão, e as leis descrevem normas e diretrizes muito bem elaboradas, mas a realidade da unidade de emergência demonstra que temos um longo caminho a percorrer e muito por fazer para que a assistência seja humanizada, como se pode constatar nas narrativas de **PE7, PE8** e **PE9**, que narram às condições precárias de acolhimento aos usuários, em virtude da falta de condições de trabalho:

Às vezes chega emergência e a gente tira a maca de um paciente melhor para atender a emergência grave que está chegando, e eles passam a noite sentada na cadeira ou fazem um belichezinho em baixo da maca do outro. É muita gente no corredor, muita gente lá no quartinho, é criança misturada com adulto, varias patologias umas misturadas com as outras, isso atrapalha bastante **(PE7).**

Não tem, como você prestar cuidado para um paciente que precisa ficar em repouso, e aqui não tem uma maca, não tem a onde ele ficar e temos que deixar no corredor. O que dificulta mais o nosso trabalho é a falta de conforto do próprio paciente, muitas vezes, não tem leito, não tem maca, não tem mais cadeiras **(PE8).**

Se tem uma maca a gente coloca em uma maca e se não arruma uma cadeira, muitas vezes, não tem uma maca e nenhuma cadeira, às vezes, não tem nem como medicar o paciente, como é que você vai medicar o paciente em pé **(PE9).**

PE6 e **PE13** descrevem que é muito desagradável e muito ruim trabalhar sem condições de trabalho, onde todos os usuários usam o mesmo banheiro, as macas não possuem grade, incidindo risco à integridade física dos pacientes.

Falta de privacidade, criança, mulheres, homens, tudo junto no mesmo quartinho usando o mesmo banheiro **(PE13).**

É muito desagradável isso, e se você deixar um paciente cair no chão! É desconfortável para gente é muito ruim trabalhar assim, muitas vezes a maca não tem grade para fechar e o paciente fica contido ali, e mesmo assim não adianta, dão um jeito de soltar **(PE6).**

Outro problema levantado pelos profissionais é o risco de infecção hospitalar ou cruzada, no Pronto-socorro do HUOP, em virtude das situações favoráveis a este tipo de ocorrência, pois há uma mistura de várias faixas etárias e gêneros, assim como diversas patologias infecciosas, em um único ambiente. Além da exposição em corredores, o uso comunitário de um único banheiro, pacientes pós-operatórios imediatos, que retornam para o pronto-socorro, ou seja, para o corredor, como pode ser observado nas narrativas **PE3** e **PE7**:

Tudo fica aqui entendeu, até os pacientes que esperam vaga de UTI. Mistura tudo, acabam misturando tudo, idosos, criança, jovem, adolescente, cirurgiado, séptico, sabe, mistura tudo, é uma nhaca **(PE3).**

As crianças ficam tudo junto, a minha maior preocupação são as crianças, por que elas são mais propensas a adquirir doenças, e esses dias nós tínhamos 12 crianças aqui no corredor, não tem acomodação para as mães, não tem conforto para as crianças. E também estão voltando para o PS os pacientes pós-operatório, vão para o centro cirúrgico fazem uma apendicectomia e voltam aqui para o corredor, é ruim para o paciente ficar aqui no corredor por causa do risco da infecção **(PE7).**

Há pacientes que necessitam ficar separados, num local adequado, para não serem expostos a riscos de adquirir outras infecções.

T*em a exposição, tem pacientes com varias doenças, pacientes com trauma, fica tudo misturado, tem que ficar separado, então não tem como ficar aqui, então tem que direcionar para um setor específico para receber o seu tratamento, eu acho que o certo seria isso* **(PE8).**

“Com tantos pacientes juntos, tem daí a infecção hospitalar, é uma misturança que não tem como, teria que ser cada paciente em seu bloco (Box) e receber a sua assistência individualizada, mas não tem **(P12).**

PE5 destaca a longa permanência dos pacientes na sala de emergência, sendo necessária a realização de procedimentos cirúrgicos, enquanto aguardam vaga de UTI. Esta longa permanência em local inadequado e o procedimento cirúrgico favorecem os riscos de infecção cruzada e, por que não dizer, risco de vida.

Eu já tive pacientes na sala de emergência que já ficou oito dias com a gente, ele traquiostomizou no centro cirúrgico e saiu do centro cirúrgico e veio aqui e saiu acordado. Nós recuperamos aqui e não foi o primeiro. Já tive três pacientes que vieram, e se recuperaram na sala de emergência, traquiostomizaram antes de encaminhar para UTI, só foi para UTI depois que traquiostomizou **(PE5).**

Em virtude das ações transformadoras propostas pelo SUS, que é buscar resolutividade, eficácia, eficiência e melhor qualidade assistencial para os seus usuários, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.616/98, que regulamenta as normas e diretrizes para a prevenção e ações de controle de infecção hospitalar no país, levando em consideração que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar e de vigilância sanitária (BRASIL, 1998).

A vigilância epidemiológica das infecções hospitalares é “a observação ativa, sistemática e continua de sua ocorrência, e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua

ocorrência, com vistas á execução oportuna das ações de prevenção e controle" (BRASIL, 1998, p.04).

Segundo documento do Ministério da Saúde, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) "é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares". Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar (BRASIL, 1998, p.03).

P12 e **PE11** descrevem que o material de consumo hospitalar, bem como os equipamentos (monitor, respirador e ôximetro) são suficientes para o atendimento habitual. Mas quando a demanda é grande, falta tudo. Não há material para todos, sendo necessário usar o respirador de transporte ou solicitar empréstimo do equipamento a outros setores, do contrário, não temos como socorrer vidas humanas. As ações de cuidado da enfermagem ficam prejudicadas em razão das condições de trabalho ora apresentado.

Eu acho assim que devido à falta de muitos equipamentos, e muitas coisas eu deixo um pouco a desejar, não por que eu gostaria, é que às vezes é meio precário, não tem muita coisa, a gente fica meio jogada. Eu tento fazer o melhor possível mediante as condições. O material de consumo e medicamento sempre tem, mas aparelho as vezes tem e as vezes não tem para todos.Quando a demanda é grande, nem respirador, nem ôximetro, nem monitor, não tem para todos e ficamos só com o respirador portátil que não é indicado para o paciente ficar por muito tempo, mas tem que usar, então fica complicado. A demanda é muito grande, falta equipamento e o espaço é pequeno. A maior dificuldade, é que muitas vezes o paciente chega parando e nós não temos material suficiente para atender o paciente na emergência, o material que eu falo é como o respirador, o monitor, o oximetro, tubo e outras coisas nós temos, então é difícil você ver as vezes um paciente parando ou muitas vezes precisando de alguma coisa e você só tem um respirador bom pra usar e .se vê obrigado a pegar um takaoka que é indicado para usar por muito pouco tempo **(P12).**

É estressante porque a nossa realidade é, o monitor que não funciona, é aparelho de pressão que não funciona, não tem respirador, então eu acho que tudo isso agrava bastante né? Você vai pegar um pinico, não tem, você vai pegar material não tem, tem que largar tudo que você ta fazendo e vai atrás ver se consegue emprestar em outro setor ou ver

na central de material se já tem material pronto, não é uma coisa tudo organizadinha, você chega e pegar tudo redondinho, certinho, mas isso é utopia **(PE11).**

PE2, PE5 e **PE6** afirmam que não existe falta de medicamentos, material estéril, médico-hospitalar. Estes são disponibilizados com qualidade e em quantidades suficientes para executar suas atividades de forma satisfatória. Também deixam evidentes que, quando fazem suas reivindicações, são ouvidos e atendidos, e vêem as condições de trabalho melhorar.

Material tem, tem bastante, material estéril de consumo tem, tem gente que não usa porque não gosta. Material tem, tem bastante, material estéril de consumo tem, tem gente que não usa porque não gosta. Mas facilitaria o trabalho se a aparelhagem fosse melhor tipo, aparelho de pressão que funcione, monitor que funcione, ventilador que funcione, ôximetro **(PE2).**

O que facilita a assistência de enfermagem é a disponibilidade de material estéril que a gente tem, a gente tem pelo menos tudo que a gente precisa, a gente tem medicação, a gente tem equipamento. Nós temos um corpo clínico e de enfermagem muito bom. Temos certa liberdade com a instituição isso é bom. Certa liberdade, é que nem toda liberdade é plena, mas nós temos liberdade para solicitar, ir contra o que foi colocado, e a gente sente também que a gente está sendo ouvido e está sendo feito coisas para melhorar o local de trabalho, isso ajuda bastante o trabalho da gente **(PE5).**

Tem bastante medicação, bastante material descartável para usar no paciente, dá para fazer bem punção, medicação é difícil faltar aqui **(PE6).**

Os avanços tecnológicos têm impulsionado o aumento constante da complexidade assistencial, exigindo um nível de atenção cada vez mais elevado, por parte dos profissionais da saúde, criando uma demanda crescente por recursos materiais. Assim, impõem-se a necessidade dos serviços de saúde aprimorar os sistemas de gerenciamento desses recursos, a fim de garantir uma assistência continua de qualidade e, ainda, assegurar qualidade e quantidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades, sem riscos para si mesmos e para os pacientes. A administração dos recursos materiais tem sido motivo de preocupação nas organizações de saúde, principalmente do setor público.

Devido aos orçamentos estreitos, precisam de mais controle do consumo e dos custos para que não privem funcionários e pacientes do material necessário (CASTLHO; GONÇALVES, 2005).

No HUOP, a Direção Geral, Administrativa e de Enfermagem não têm medido esforços para selecionar a melhor descrição dos produtos e artigos médico-hospitalares, medicamentos e produtos descartáveis de qualidade, e em quantidade suficiente para atender as necessidades na assistência aos pacientes. Isso vem ao encontro o que diz Castilho; Leite (1991, p. 161): “a previsão de materiais, ou seja, a quantidade a ser requisitada pelas unidades ao almoxarifado, é determinada pelo perfil de consumo de cada unidade, estabelecendo-se uma cota de materiais que representa uma estimativa de gastos por um determinado período”.

PE6 destaca outro problema relevante, que é o número insuficiente de recursos humanos de suporte: lavanderia e limpeza. Em conseqüência, desta deficiência de profissionais no período noturno, ocorre a falta de roupas, cobertores e limpeza do único banheiro, que é usado por todos os pacientes da unidade.

Há questão de falta de cobertores e lençóis de madrugada. À noite o pessoal da lavanderia já não trabalha. É um banheiro só, de madrugada está uma sujeira, como é de madrugada você não encontra o pessoal do apoio, porque estão em outra unidade no centro cirúrgico, a gente não pode contar com eles que nem no início da noite, tudo é mais difícil entendeu **(PE6).**

Segundo a normativa nº18 de 21 de dezembro de 1997 do Ministério do Orçamento e Gestão, em condições usuais, é necessário um auxiliar operacional em jornada de oito horas diárias para cada 300m². Seguindo este raciocínio, o HUOP necessitaria de 66 funcionários do total trabalhando diariamente. Atualmente, possui 46 auxiliares operacionais, em escala de 12 por 36 horas, divididas em dois turnos diurnos (20 funcionários cada), e dois turnos noturnos (3 funcionários cada), ou seja, 23 funcionários por dia (BRASIL, 1997).

O setor da lavanderia do HUOP é responsável pela distribuição, coleta, classificação e processamento de 2.500 kg de roupa por dia. Hoje contamos com 28 funcionários no total, divididos em dois turnos de 12 por 36 horas (14 funcionários por turno), sendo que o preconizado pelo Manual de Lavanderia Hospitalar do Ministério da Saúde é que, num hospital de 200 leitos, a lavanderia deveria ter

aproximadamente 30 funcionários por dia, com carga horária de oito horas, e um encarregado para cada 10 funcionários, além de um substituto de férias para cada 12 funcionários. (BRASIL, 1996 b).

Diante dos parâmetros fornecidos por estes cálculos, podemos verificar o déficit de funcionários na área operacional, tanto no setor de limpeza e higienização, quanto no setor de lavanderia, comprometendo a qualidade do serviço em toda a instituição. Portanto, fica impossível atender a demanda das necessidades do pronto-socorro, que tem a finalidade de atender durante as vinte quatro horas do dia, com uma rotina de trabalho ininterrupta e, além do mais, o setor sempre esta superlotado de pacientes em observação, aguardando por leito ou vaga para internamento. Por isso, uma demanda de usuários muito semelhante acontece, não importando se é dia ou noite, fazendo, se necessário, o mesmo número de funcionários de todos os serviços e setores, no período noturno, inclusive da limpeza e lavanderia, que são considerados serviços essenciais e, devido à peculiaridade do pronto-socorro, afasta-se do requisito dito usual.

O pronto-socorro é uma unidade referência e possui problemas complexos em virtude de atender urgências e emergência, exigindo um trabalho cooperativo do tipo multidisciplinar e interdisciplinar. No momento que ocorre a falta ou a deficiência de um elemento no corpo da equipe, provoca uma queda brusca na qualidade do serviço prestado aos usuários e a descontinuidade da assistência integral e humanizada.

Por si só, a enfermagem é formada por uma equipe composta por vários profissionais que possuem atribuições específicas a sua formação e capacitação, mas precisa que outros profissionais, que completam a equipe multidisciplinar de apoio, realmente possam executar a assistência adequada aos usuários.

Embora os profissionais da enfermagem tenham destacado inúmeros problemas que dificultam o atendimento humanizado, integral e prioritário, devido à falta de estrutura física, condições de trabalho, disponibilidade de recursos escasso grande demanda, acomodações improvisadas, que ferem a privacidade/dignidade e a recuperação do paciente, aglomerações nos corredores e na sala de emergência, representando risco de vida pela infecção hospitalar, nenhum deles mencionou a necessidade de introduzir ou de utilizar uma sistematização da assistência de enfermagem para melhor prestar os cuidados de enfermagem no pronto-socorro.

Em algumas unidades, consideradas críticas, do HUOP, a sistematização da assistência já vem sendo realizada, bem como na unidade de terapia intensiva geral (UTI-G), pediátrica (UTI-P) e UTI-neonatal. A necessidade de se implantar a sistematização da assistência em todas as unidades de internamento já vem sendo mencionada em algumas situações, mas ainda não é realidade. Entretanto, a Direção de Enfermagem tem ciência da necessidade e está buscando instrumentos de apoio e subsídios junto à Reitoria, Direção Geral e ao Departamento de Enfermagem, porque a sistematização da assistência é uma exigência imposta pela Lei do Exercício Profissional, que preconiza que a sistematização da assistência de enfermagem seja priorizada para os pacientes com risco de vida, e que exija tomada de decisões imediatas, o que acontece, predominantemente, na área hospitalar.

Brykczynska (1997, *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2000) descreve que o processo de cuidar em enfermagem, ou processo de enfermagem, é entendido como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar como o paciente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determina que aspectos essas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem. Sob o ponto de vista do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN,1996), esses elementos são: o que os profissionais da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem); e resultados esperados e alcançados (resultados de enfermagem).

O processo de enfermagem, segundo Horta (1979, p.35), “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

O primeiro passo do processo de enfermagem é levantar o histórico de enfermagem, que nada mais é do que um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, que tornam possível a identificação de seu problema. Após analisar e avaliar o histórico encaminha-se ao diagnóstico de enfermagem, que é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento, e a determinação do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão. Com o diagnóstico avaliado e analisado, encaminha-se para a construção do plano assistencial, que é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido. O plano assistencial sistematizado conceitua-se como: assistir, supervisionar,

encaminhar, observar, controlar, orientar, ajudar, fazer e executar cuidados. Determinado o plano assistencial, passa-se ao plano de cuidados, ou prescrição de enfermagem, que é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e especificas de cada ser humano. O plano de cuidados é avaliado sempre, fornecendo os dados necessários para a evolução de enfermagem, que é relatado no diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução, é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada. O estudo analítico e a avaliação dos passos anteriores se completa com o prognóstico de enfermagem, que é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas, alteradas após a implementação do plano assistencial, e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (HORTA, 1979).

Mediante as características do processo de enfermagem, é possível corrigir erros em qualquer uma das fases, e também a previsão simultânea de todas as fases. “Assim é que, ao fazermos o diagnóstico, e mesmo na própria coleta de dados, já teremos uma idéia do prognóstico; somente por razões didáticas e de sistematização estas fases são separadas” (HORTA, 1979, p. 36).

Garcia; Nóbrega (2000) narram que a prática de enfermagem é constituinte de um processo específico de trabalho, o qual demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, além de conhecimento e perícia no uso das técnicas de revolução de problemas e liderança na implantação do plano de intervenções. Essas habilidades ajudam a determinar o que deve ser feito, porque deve ser feito, como deve ser feito, com que deve ser feito, e que resultados são esperados com a execução da ação/intervenção de enfermagem.

Entendido, não como um modo de fazer, mas como um modo de pensar a prática assistencial, observa-se que a implementação do processo de enfermagem envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico; e o raciocínio e julgamento ético (GORDON, 1994 *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2000).

O processo de enfermagem não é aplicado de um modo totalmente objetivo, uma vez que os valores humanos, tanto os dos profissionais de enfermagem quanto os da clientela, influenciam a dimensão da identificação como a solução de

problemas; a sensibilidade moral e o julgamento ético na interação com a clientela permeiam o processo em sua inteireza (DANIEL, 1987; GORDON, 1994 *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Horta (1979) pronuncia que o processo de enfermagem introduziu os termos como assistência e cuidado de enfermagem. De maneira restritiva, e, em alguns casos, os dois termos podem ser usados com o mesmo significado; porém de modo geral, são considerados significados distintos, assim:

> Assistência de enfermagem é a aplicação, pela (o) enfermeira (o), do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano. Cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberada ou automática da (o) enfermeira (o), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano (HORTA 1979, p. 36).

A expressão “processo de enfermagem” foi empregada pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Yura; Walsh (1955 *apud* HORTA, 1979, p.36), durante uma conferência, afirmou que a “enfermagem é um processo”. Ela definiu o uso de quatro proposições: enfermagem ao paciente, para o paciente, pelo paciente e com o paciente.

Para a enfermagem, o descaso como o registro sistemático dos elementos, bem como diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem podem resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

A sistematização da assistência constitui um conjunto de conhecimento teórico do saber, expresso de maneira operacional por meio do processo de enfermagem, sistematizando as ações, atingindo um nível de qualidade compatível com a necessidade do usuário e familiares e a comunidade. A habilidade é a própria capacidade de cuidar, de realizar algo, sendo um dos alicerces da qualidade da assistência. As crenças e valores influenciam o padrão estabelecido para a assistência, embasado na qualidade dos resultados desejados, e na interação do enfermeiro-cliente, e refletem-se no compromisso do ser enfermeiro e estar exercendo a enfermagem (CIANCIARULLO, 1997).

Mas o retrato da assistência de enfermagem prestada aos usuários e familiares no Pronto-socorro do HUOP, na percepção dos usuários ou família, quanto à avaliação da qualidade da assistência recebida do profissional de enfermagem atingiu unanimidade no quesito de satisfação. Um indicador relevante que denota quanto esta equipe de enfermagem tem se esforçado para prestar uma assistência de boa qualidade para que o usuário e familiar nem perceba as condições precárias e desumanizantes das instalações físicas. Portanto, as relações humanas de cuidado estão preservadas na opinião do usuário e familiar. Mas, a avaliação na percepção dos profissionais de enfermagem em relação à humanização da assistência é outra, pois estão muito preocupados com a qualidade da assistência que prestam. Estes profissionais percebem e relacionam os vários problemas com a falta de estrutura física, obrigando o usuário ou familiar ficar muito mal acomodado, em macas e cadeiras, dispostas em corredores, formando um aglomerado de pessoas, ferindo o seu direito à privacidade e dignidade, incorrendo em risco de adquirir infecção hospitalar, isto é, acabam não recebendo uma assistência integral e humanizada.

Devido a grande demanda e a falta de espaço físico, os recursos disponíveis ficam escassos e compromete a qualidade do atendimento das prioridades e da assistência integral. Assim, para que realmente aconteça a humanização da assistência hospitalar, como o Ministério da Saúde recomenda, muito tem que ser feito, a começar pela assistência da atenção básica, avançando por toda a rede assistencial até chegar ao nível hospitalar, que necessita ampliar sua estrutura física, seu quadro de recursos humanos e treinar, valorizar e dar condições de trabalho aos que estão trabalhando atualmente.

5.2.3 Educação Permanente

A Educação Permanente é vista como um conjunto de medidas que proporciona a atualização dos profissionais, através do acesso aos novos conhecimentos, objetivando a qualificação do profissional da Saúde, e, por conta disso, a transformação do processo do trabalho, isto é, oferecendo ao profissional da Saúde condições informativas para torná-lo apto e, com segurança, prestar uma assistência de qualidade e humanizada aos usuários dos serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde “a Educação Permanente em saúde deve transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, não só transmitindo novos conhecimentos, mas também envolvendo os aspectos pessoais, os valores e as idéias que cada profissional tem sobre o SUS” (BRASIL, 2005_a, p.12).

A proposta da Educação Permanente do Ministério da Saúde parte de um desafio central: “a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes.” O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, de toda a busca de soluções criativas, o desenvolvimento do trabalho em equipe, com saberes diferentes, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005_a, p.13).

Tomando como base a preconização do Ministério da Saúde, evidenciou-se nas falas de **PE2** e **PE1** a necessidade de treinamento a todos os profissionais que compõem a equipe de trabalhadores do Pronto-socorro do HUOP. Percebe-se uma carência ou a inexistência de capacitação para a equipe de apoio, composta por porteiros e recepcionistas, que exercem uma importante função nas 24 horas de atividades desta unidade.

Treinamento, nos precisamos de treinamento. Treinamento, para humanizar. Nós temos que ter um treinamento e muito bom, para esse pessoal da recepção, para os porteiros, eles também abrem a porta. E, preparar o pessoal da recepção para fazer a triagem lá na frente, porque tem paciente que tá mal lá fora e não dão conta de saber e eles não sabem avaliar né **(PE2).**

Treinamento em nível de toda equipe. Treinamento, treinamento constante, informações, Além de todo mundo estar falando a mesma língua, é que vai havendo mais conhecimento Se todo mundo está falando a mesma língua, ta fazendo a mesma coisa. Então precisamos de treinamento. Vamos treinar! **(PE1).**

“A complexidade da atenção à saúde das pessoas e populações vem demandando a incorporação de novas perspectivas às competências dos trabalhadores. Além da confirmação da necessidade cada vez maior de competência técnica, de exercer e medir parcerias, que viabilizem o intercâmbio e o convívio

interdisciplinar e interinstitucional, bem como revitalizar o resgate da humanização, da sensibilidade e da subjetividade nas relações entre as pessoas, e com tudo que as cerca, fortalecendo as possibilidades de obter sucesso na arte de manejar as crises do cotidiano" (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2007/2008, p.434).

"A Educação Permanente acontece no cotidiano e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências". (BRASIL, 2005 $_{a}$, p.12). Em virtude da complexidade da assistência de enfermagem e dos múltiplos problemas vivenciado diariamente, como é possível verificar nas narrativas de **PE2, PE4, PE5, PE6, PE7, PE10** e **PE12,** identifica-se a necessidade urgente de capacitação técnica, pois a instituição não possui uma política que priorize e disponibilize treinamentos ou capacitação técnica para os membros da equipe do Pronto-socorro do HUOP. Os entrevistados vêem na capacitação técnica o aperfeiçoamento e a atualização do seu conhecimento e a qualificação e segurança para a execução de cuidados humanizados.

Precisa de treinamento para enfermagem, isso tem que ser constante, para humanizar. Não tem como você humanizar sozinho, o acadêmico, o médico, não só a enfermagem que tem que dar a assistência, então todo mundo tem que participar do treinamento dessa assistência humanizada. É uma equipe, o diferencial são os diplomas, mas todos precisam ser treinados continuamente, tudo são gentes **(PE2).**

Apesar de não ter um treinamento, a equipe que tem qualidade, para desenvolver uma assistência humanizada falta muita coisa, falta capacitar o pessoal, só que só isso não vai resolver por si só, isso é um meio. Outra dificuldade é você não conseguir capacitar o funcionário adequadamente, até por que não tem muito tempo e não tem uma política de capacitação aqui que priorize isso, por exemplo **(PE4).**

Falta pessoa mais especializada, mais treinada (**PE5).**

Treinamento para equipe e conscientização da equipe do PS, no HU **(PE7).**

Falta curso de aperfeiçoamento, treinamento ***(*PE10).**

A*cho o que está faltando e capacitação, na capacitação, a gente tentar se corrigir, de pouco em pouco* **(PE12).**

Eu acho que a gente precisa de treinamento para as pessoas estar num constante treinamento, a gente estar rememorando. Falta isso para gente ***(PE6).***

Os programas Institucionais de Educação Permanente deverão assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da auto-estima dos próprios trabalhadores (BRASIL, 2005_a).

A NOB/RH-SUS diz que os programas institucionais de Educação Permanente devem garantir a realização de atividades que promovam a educação para a Gestão do Trabalho em Saúde, incluindo-se o desenvolvimento do trabalhador; a administração de pessoal; a utilização de fontes de informação intra e extra-setoriais; a análise de sistemas de relações de trabalho; a análise de sistemas de retribuições e incentivos; a gestão dos planos de carreira, cargos e salários e os processos de negociação. A instituição deve definir normas, padrões, protocolos e rotinas de liberação do trabalhador para participar de eventos de capacitação e aperfeiçoamento profissional. Também deverá organizar centros de estudos nas unidades de saúde, que devem ser consideradas com células básicas de discussão técnica, que fomentam o desenvolvimento do trabalhador do SUS (BRASIL, 2005_a).

Ainda destacando a importância de treinamento em serviço, na fala de **PE4**, foi possível verificar que existe falta de incentivo e premiações por parte da instituição, ou seja, pagamento de hora-extra ao funcionário, que vem ao treinamento fora do seu horário de trabalho, ou liberação do funcionário durante a jornada de trabalho, mediante cobertura da escala com outro funcionário extra, para não desfalcar a equipe com a saída de um dos integrantes. Afirma-se que como este **incentivo** não existe, perde a equipe e a qualidade da assistência de enfermagem.

[...] dar hora extra para funcionário que vêm fazer treinamento fora do seu horário ou fazer o treinamento durante o horário de trabalho, o que facilitaria muito, ou tem que ter cobertura, esse tipo de coisa então a Educação Continuada perde muito e isso prejudica, isso prejudica a assistência **(PE4).**

“A escola das Relações humanas preconiza que o homem é, ao mesmo tempo, condicionado pelo sistema social e pelas demandas de ordem biológicas. Possui necessidade de segurança, afeto, prestígio e auto-realização, sendo, portanto, motivado por recompensas sociais, simbólicas e não materiais”. Estes postulados acarretam uma transferência da ênfase nas tarefas e na estrutura, para as pessoas e os grupos, o que coloca em evidência os aspectos da comunicação, da liderança e da participação no trabalho (KURGANT, 2005, p.109).

Outra questão-problema abordada é a ausência da educação em serviço no Pronto-socorro do HUOP. **PE6** ressalta a importância de a própria equipe se reunir para dialogar e discutir e, juntos, buscar soluções para os problemas.

Que falta eu acho, que apesar de ter bastante treinamento para nós no hospital, em horários diferenciados, teria que ter um trabalho em grupo continuado no setor, onde a própria chefia mesmo poderia vir conversar com a gente, conversar com os colegas, uma reunião de 15 minutos, de 10 minutos, não digo no plantão por que não dá para fazer isso, mas um bom diálogo dá para fazer sim, uma reunião quinzenal **(PE6).**

Para atender as necessidades de desenvolvimento do trabalhador do SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, considerando que a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva, pois os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica da saúde passam a exigir novos perfis profissionais. Este novo desafio assumido pelo Ministério da Saúde tem como objetivo promover a atualização dos profissionais que atuam no serviço público de saúde, através da implantação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP), articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. “A tarefa de estabelecer uma política de formação em saúde que fortaleça o SUS e melhore a qualidade dos serviços para a população é do governo, mas a responsabilidade é de todos os brasileiros” (BRASIL, 2005_a, p.35).

Pensando no desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde, o processo de Educação Permanente em saúde tem como alvos prioritários as equipes que atuam na atenção básica, nas urgências e emergências,

encarregadas de parto e pré-natal, hospitais universitários e de ensino, e, além disso, deverá orientar cursos e qualificações, negociados e pactuados junto às Comissões Intergestoras do SUS (BRASIL, 2005_a, p.23).

Na saúde, as características do processo de trabalho, a qualidade adquiriu um significado particular e diferenciado das demais atividades envolvidas na produção de bens. A qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente/cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se, essencialmente, os valores sociais existentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1981; DONABEDIAN, 1992).

Na atualidade, “a educação parece incorporar tanto a perspectiva individual quanto a coletiva. Constitui importante dimensão da vida, necessária à participação social e requisito indispensável para acesso e permanência no mundo do trabalho. A educação se tornou permanente e uma das facetas do nosso cotidiano” (SANDRI; SAUPE; CUTOLO, 2005, p.437).

O setor de Recursos Humanos do HUOP, em conjunto com a Direção e a Reitoria, tem se preocupado com a formação e a atualização dos profissionais que trabalham na instituição. As Comissões Intergestoras do SUS, através da Resolução nº 35/2000 – COU (Conselho Universitário), aprovaram o Regulamento da Política de Qualificação dos Servidores Técnico-Administrativos da UNIOESTE, de conformidade com os anexos I, II, III, IV e V. São objetivos desta Política: I) Criar oportunidades para a formação continuada dos servidores técnico-administrativos, acompanhado as exigências da conjuntura atual e melhoria de sua empregabilidade; II) Qualificar o quadro técnico-administrativo do UNIOESTE; III) Potencializar e estimular o servidor técnico-administrativo para a demanda exigida pelo mercado de trabalho no que tange ao desempenho de funções e atividades com qualidade e eficiência; IV) Propiciar ao servidor técnico- administrativo meio para a capacitação e o desenvolvimento humano através de ações que envolvam: Educação Continuada e aperfeiçoamento profissional. Este documento também garante a liberação de estudo, isto é, para quem esta cursando o nível médio, graduação ou especialização lhe é garantido o direito de liberação de até oito horas semanais para mestrado e doutorado, vinte horas semanais, sem perda substancial em folha ou qualquer outra perda. O funcionário que deseja usufruir deste beneficio deve preencher o formulário adequado e protocolar seu pedido com comprovantes documentais e com o parecer

de sua chefia imediata. Estes documentos serão avaliados por uma comissão que dará parecer favorável ou não. Normalmente, quando não é possível, estuda-se uma forma de favorecer horário, para que o funcionário não seja prejudicado ou impossibilitado de estudar.

Existe, no setor de recursos humanos, uma secção denominada de Educação Permanente, onde este profissional é responsável em agendar a data e horário do evento, providenciar a sala e os recursos audiovisuais necessários a sua execução, assim como a divulgação, inscrições, lista de presença, na ocasião e após emitir o certificado. Estes eventos, normalmente, são palestras, cursos e *workshops*, sob os mais variados temas e assuntos. Normalmente, estes eventos são dirigidos aos profissionais da instituição, acadêmicos, alunos e eventuais convidados. Todos os profissionais da instituição ou professor da UNIOESTE que desejarem promover um evento podem se dirigir a este setor de Educação Permanente e programar o seu evento.

Em maio de 2008, a Diretora de Enfermagem designou um enfermeiro, como responsável pela programação dos treinamentos, Educação Continuada e permanente, exclusivo para o setor de enfermagem. Este profissional, a partir de abril de 2008, está levantando o quadro das necessidades dos profissionais de enfermagem em todos os setores e nos três turnos, para então, construir a programação das suas ações.

Assim, verificou-se que denominações como treinamento em serviços, educação no trabalho, educação em serviços, Educação Continuada, Educação Permanente são conceitos que foram se apresentando na área da Saúde, mas mantendo significados entre si. Estas nomenclaturas têm incluído tanto os programas pontuais de capacitação inicial para o trabalho ou atualização científica e tecnológica, logo transitórios, como os departamentos permanentes, que compõem os organogramas oficiais das instituições de saúde, especialmente na área hospitalar (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2007/2008, p.436).

“A produção teórica sobre o campo da Educação Permanente permite que se faça uma distinção clara e inequívoca entre Educação Continuada e Permanente”. O conceito de Educação Continuada é unidirecional, orientada para a prática autônoma, tem enfoque em especialidade, com objetivo centralizado na atualização técnica e científica, com periodicidade esporádica, usa a pedagogia da transmissão e busca a apropriação passiva do saber. Já, a Educação Permanente tem

perspectiva multiprofissional, está voltada para a prática institucionalizada, com enfoque nos problemas de saúde, objetivando transformações nas práticas, ininterrupta no tempo, usando a pedagogia problematizadora, e espera como resultados a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2007/2008, p.437).

Segundo Leite (2006), para o profissional da Saúde ter uma visão mais holística, é necessário considerar dois fatores que influenciam na forma que os profissionais prestam serviços. Uma delas é a formação profissional, e outra a gestão dos profissionais da saúde em hospitais. Do ponto de vista mais amplo, os profissionais que já receberam uma formação básica para atuar de forma mais humanista terão mais probabilidade de atuar de forma mais humana em sua profissão.

Segundo Blasco (2004 *apud* LEITE, 2006), humanista é o homem que define atitudes concretas diante da vida, fruto de sua reflexão e, como conseqüência, de uma filosofia que norteia sua existência. Entender o desenvolvimento histórico e recolocar o papel das ciências humanísticas no contexto da formação parece ser o caminho necessário para a rehumanização da saúde.

Dessa forma, torna-se imprescindível que os currículos contemplem disciplinas que favoreçam a formação humanística, adotando paradigma holístico, não como o objeto de suprir a carência oriunda da formação básica, mas também porque os desafios éticos, gerados pelos avanços da ciência, vêm exigindo dos profissionais uma reflexão que precisa se embasar em uma visão humanística, sob um ponto de vista holístico. Mas, estudar as carências dos colaboradores em seu ambiente de trabalho é uma rica fonte de dados que pode fornecer ao hospital informações sobre quais são as ações básicas a serem implementadas (LEITE, 2006, p.208).

As organizações hospitalares precisam de profissionais capacitados para o alcance das metas e dos objetivos. “Essa necessidade de desenvolvimento pessoal tem sido reforçada pelos avanços tecnológicos e pelas mudanças socioeconômicas, que levam os indivíduos a buscar, adquirir, rever e atualizar seus conhecimentos”. Uma das estratégias é a capacitação do funcionário no seu local de trabalho. (KURCGANT, 1991, p.147).

Bergamini (1980) comenta que esta estratégia facilita a transformação do potencial do funcionário, oferecendo-lhes condições, para que interprete e utilize a realidade que o cerca. Capacitar o profissional não é uma proposta recente, uma vez que Taylor já se preocupava com a educação dos trabalhadores no seu local de trabalho. Para ele, as organizações deveriam treinar os funcionários, oferecendo-lhes um corpo sistematizado de conhecimentos que respondessem às exigências de seus cargos (CARVALHO, 1988).

Gantt, contemporâneo de Taylor, amplia o enfoque da educação dos funcionários pelo desenvolvimento de uma política de treinamentos para os trabalhadores, considerando as organizações como responsáveis pela educação de seus funcionários (CHAVIANETO, 1979). Nesta época, “as organizações hospitalares passaram a se preocupar com o treinamento como uma forma de reduzir erros e custos de produção” (KURCGANT, 2005, p.138).

A forma como a produção de serviços de saúde é realizada pode, também, contribuir para o aumento de custos, uma vez que não produz serviços que possam ser estocados e entregues aos clientes, como nas fabricações de bens. A prestação de serviço acontece no momento de sua produção, ou seja, na presença do cliente, e, com isso, o fluxo de produção é descontinuo, ocorrendo variações. As organizações necessitam capacitar seus profissionais, por meio de uma educação reflexiva e participativa (KURGANT, 2005, p.172).

Segundo os documentos do Ministério da Saúde, a Educação Permanente deve transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, não somente transmitindo novos conhecimentos, mas também envolvendo os aspectos pessoais, os valores e as idéias que cada profissional tem sobre o SUS. “A proposta da Educação Permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes.” O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, de toda a busca de soluções criativas, o desenvolvimento do trabalho em equipe, com saberes diferentes, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. (BRASIL, 2005_a, p.12).

“O setor da saúde é responsável pela maior política brasileira de inclusão social. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender a todos os cidadãos, é

a mais importante reforma de Estado em curso no País.” Com o objetivo de melhorar a formação em Saúde e, dessa forma, consolidar o SUS, foi criado programas específicos para cada área. Esses programas têm o intuito de obter mudanças no cuidado e formação em Saúde, através das alterações também realizadas nas práticas educativas e serviços do SUS. “A idéia é usar a Educação Permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS.” Esta possibilita o desenvolvimento pessoal para os profissionais da saúde e o desenvolvimento nas instituições (BRASIL, 2005_a, p.05 - 07).

“O Ministério da Saúde está propondo a Educação Permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde”. A idéia é que, a partir de agora, os processos de qualificação dos trabalhadores da Saúde sejam orientados pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da saúde e do controle social. Para ele, a Educação Permanente acontece no cotidiano, é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, e leva em consideração os conhecimentos e as experiências. “É muito importante lembrar que a Educação Permanente em Saúde, por ser um recurso estratégico para o fortalecimento do trabalho e da educação na Saúde, deve ser usada com sabedoria” (BRASIL, 2005_a, p.09, 22).

“O que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde.” Esta porosidade tem a ver principalmente com mudança, tanto nos perfis profissionais quanto nas instituições (CECCIN, $2004/2005_b$, p162).

Volvendo o olhar para a equipe de enfermagem do Pronto-socorro do HUOP, e tomando como base as falas dos entrevistados, é visível o desejo destes profissionais em crescer profissionalmente, pela aquisição de novos conhecimentos.

Observou-se que vários técnicos que hoje atuam no pronto-socorro eram auxiliares de enfermagem e fizeram o curso Técnico em Enfermagem, portanto alcançaram um nível mais alto na categoria profissional. Contudo, continuam aprimorando sua competência, escalando outro nível de formação, ou seja, quase todos os técnicos de enfermagem estão fazendo graduação na área da Saúde. Alguns iniciando, outros concluindo ou já graduados. Todos os enfermeiros são pós-graduados, denotando interesse pessoal no crescimento profissional. A instituição apóia essa atitude e incentiva, pela liberação, a formação. Também, no plano de

cargos e salários, prevê uma bonificação para aqueles funcionários que participam de eventos, cursos técnicos ou de conhecimentos gerais, ou seja, que tenham interesse em se atualizar para crescer pessoal e profissionalmente.

A elevação da qualidade do nível de formação profissional tem feito a diferença na qualidade da assistência de enfermagem. De 2001 a 2003, quando trabalhava no Pronto-socorro, podia-se contar somente com auxiliares de enfermagem, hoje, há mais enfermeiros e técnicos de enfermagem na equipe de atendimento de emergência e urgência.

Nota-se a mudança na qualidade da assistência de enfermagem feita pelo mesmo profissional, ou seja: melhorou a responsabilidade, o compromisso com o paciente, a dedicação ao trabalho, a percepção das necessidades com relação aos usuários e familiares, a relação com os colegas de trabalho e com a equipe de apoio. Tudo isso ajuda a melhorar a assistência de enfermagem humanizada, porém, ainda não se chegou ao ideal, mas o crescimento é visível e considerável.

Outro ponto que favorece a qualificação profissional do HUOP é a regularização do contrato de trabalho e a conclusão do estágio probatório dos profissionais do HUOP. Contratados no 6º Concurso UNIOESTE/HUOP em 2001, foi a primeira contratação de profissionais, após a transformação de Hospital Regional em Hospital Universitário. Essa oportunidade proporcionou um alto nível de satisfação nos profissionais, e acredita-se que houve repercussões na qualidade do trabalho. Outro quesito que convém ressaltar é que os gestores, na pessoa do Diretor Geral, Administrativo e de Enfermagem, mantiveram estreitas relações com os profissionais, e os profissionais puderam ser ouvidos, e, na medida do possível, serem atendidos. Esta aproximação fortaleceu e deu mais segurança aos trabalhadores, melhorando as condições de trabalho.

Pode-se dizer que a política de Educação Permanente naquela instituição hospitalar acontece de forma muito singela, mas espera-se que, com o tempo, ganhe corpo e atinja seu ápice, pois é uma forma de garantir uma atenção à saúde de qualidade, com profissionais preparados, valorizados e seguros, possibilitando a prestação de uma assistência resolutiva e eficaz aos usuários, alcançando, assim, a satisfação dos usuários na resolução de seus problemas e necessidades individuais e coletivas, enfim atingir a consolidação do SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do tema sobre a humanização da assistência no contexto hospitalar é uma questão ampla que envolve vários fatores determinantes relacionados às políticas de saúde pública, econômica e social, que não permite uma discussão unidirecional, mas exige a participação transversal das várias instâncias gestoras e governamentais, passando pelos trabalhadores e usuários da Saúde.

A origem da humanização remonta à década de 70 e 80, no século XX, com a reforma sanitária, época acometida por várias crises econômicas, incluindo o setor da Saúde, crise atribuída ao modelo assistencial vigente da época, que era excessivamente especializado, hegemônico, biologicista, médico-centrado e hospitalocêntrico, modelo, esse, que vem se arrastando até hoje.

Quanto ao aspecto político, pode-se afirmar que o processo de humanização da assistência à saúde se consolidou em 1988, com as mudanças políticas ocorridas no cenário nacional, quando a Constituição Brasileira incorporou um conceito ampliado de saúde, a qual passa a ser entendida como direito de cidadania e dever do Estado, e como integrante da seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, cujas ações e serviços devem ser promovidos por um Sistema Unificado de Saúde.

A partir de então, nasce a humanização da assistência a saúde, uma vez que é constituída de um atendimento assistencial com base nos princípios mais importantes e humanizadores: a universalidade, a integralidade, a eqüidade, a gratuidade, a igualdade, a participação social do usuário, dentre outros, e ainda demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

Simões; Rodrigues; Tavares; Rodrigues (2007, p.240), relatam que “o Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito”.

O atual PNHAH (2000), em conjunto com a PNH (2001), vem sendo implementado, a cada ano, pelo Ministério da Saúde. Ambos se caracterizam como um continum, uma vez que propõe a adoção de novas práticas assistênciais nos espaços públicos das instituições hospitalares e de toda a rede da atenção básica.

A humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário – de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade aquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garante qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis (SIMÕES; RODRIGUES; TAVARES; RODRIGUES, 2007).

Conforme analisa Cecílio (2001), pensar na eqüidade e na integralidade da atenção nos obriga a enxergar como o micro está inserido no macro e vice-versa. Essa recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas. Dessa forma, a luta pela eqüidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensar os aspectos da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Para retratar as condições da parte mais frágil, que é a micro. A intenção deste estudo foi conhecer os elementos importantes e os mais fragilizados acerca da humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência, na percepção da equipe de enfermagem e do usuário.

Então, trabalhar com o tema assistência de enfermagem, tendo como pano de fundo a humanização, foi desafiante, mas a pesquisadora admite que foi muito prazeroso. Todavia, é preciso concordar que esta proposta exige muito esforço para mudanças e comprometimento de todos os atores envolvidos, a fim de que a humanização nos serviços de saúde seja efetivamente implantada e implementada, em benefício dos usuários, familiares e profissionais, que contam com o apoio do SUS e de sua política nacional de saúde.

As proposições de justificativa deste estudo continuam evidentes, haja vista que pretendem garantir uma assistência humanizada de enfermagem aos usuários e familiares, com qualidade, eficácia e resolutividade dos problemas de saúde, bem como condições de trabalho e valorização do profissional de enfermagem.

Neste estudo, foi possível constatar que os usuários e familiares vêem o atendimento recebido pelo profissional da enfermagem com satisfaçâo. Esta avaliação é um indicador relevante, que retrata o quanto esta equipe de enfermagem tem se esforçado para prestar uma assistência de boa qualidade, fazendo com que o usuário perceba sim as condições precárias e desumanizantes oferecidas,

demonstrando que as relações humanas de cuidado estão preservadas, na opinião do usuário ou familiar.

A maior dificuldade encontrada pelos usuários e familiares, no atendimento e na prestação dos serviços, foi a resolutividade na atenção básica, pois tiveram que procurar e retornar várias vezes a UBS para obter um atendimento satisfatório ou o encaminhamento para outra instância de maior complexidade, implicando no agravamento da saúde do paciente em virtude da morosidade e da falta de resolutividade deste serviço, que deveria ser a porta de entrada para o serviço de saúde.

Os usuários ou familiares levantaram outros pontos nevrálgicos que interferem no atendimento humanizado e que precisam ser averiguadas, em especial, as filas de espera, que ocasionam uma demanda volumosa no Pronto-socorro do HUOP, resultantes da estrutura física com espaço muito limitado, inadequado, improvisado e em condições precárias de conservação, e que também provoca a aglomeração de pacientes em maca e cadeiras desconfortáveis, afetando, negativamente, a recepção dos usuários e o seu direito de receber uma assistência acolhedora e de qualidade.

Todas essas constatações interferem na qualidade da assistência prestada, as acomodações inadequadas, em macas e cadeiras, expostas em corredores, desrespeitando o sono e o repouso dos usuários doentes. Também emergiu nos depoimentos dos usuários ou familiares o problema relacionado ao quantitativo de hospitais credenciados pelo SUS, ficando a rede hospitalar com número de leitos muito inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde.

Na opinião unânime dos usuários ou familiares, o que alivia a espera é o bom atendimento dos profissionais da enfermagem, que são atenciosos, cuidam bem dos pacientes e não deixam faltar nada. Mesmo mal acomodados no corredor devido à falta de leitos na instituição e na rede assistencial hospitalar, sentem-se bem atendidos pelo profissional de enfermagem do pronto-socorro. Diante destas afirmações satisfatórias dos usuários ou familiares, constata-se que as atitudes do profissional de enfermagem são permeadas por seus atributos, que consistem em atenção, calor humano, carinho, amor e dedicação. A avaliação positiva da assistência de enfermagem, ou seja, do cuidado realizado pela enfermagem aos usuários e familiares foi abordada por todos os entrevistados de maneira satisfatória. Portanto, a assistência de enfermagem prestada na Unidade de Emergência do

HUOP pode ser considerada como humanizada, mesmo que não atenda todos os princípios da PNHAH. Contudo, temos como base a satisfação relatada pelos usuários ou familiares, ao avaliar a assistência de enfermagem recebida, sendo uma referência de muita importância, que denota a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Entretanto, os problemas relacionados com a estrutura física inadequada, acomodações precárias, falta de leitos no sistema hospitalar, logística de atendimento regional, atenção básica pouco resolutiva, financiamento insuficiente do SUS para o atendimento hospitalar, entre outros problemas levantados, não são possíveis de serem resolvidos pela enfermagem, porque demandam ações políticas e administrativas, que envolvem a gestão do SUS no aspecto da regionalização dos serviços de saúde, na responsabilidade e vontade política de resolver os dilemas da saúde pública no âmbito hospitalar.

Os profissionais da enfermagem afirmaram que o que facilita o seu trabalho no Pronto-socorro do HUOP é que não existe falta de medicamentos e de material estéril médico-hospitalar, pois são disponibilizados com qualidade e em quantidades suficientes para executar suas atividades de forma satisfatória. Também deixam evidente que, quando fazem suas reivindicações, são ouvidos e atendidos e vêem as condições de trabalho melhorar.

Porém, na auto-avaliação dos profissionais de enfermagem, estes vêem a sua assistência prestada com muito mais rigor, pois estão preocupados com a qualidade da assistência de enfermagem proporcionada e têm ciência de que deveria ser muito melhor. Todavia, esta assistência encontra-se desarticulada da assistência humanizada, que é da integralidade, da eficiência e da resolutividade, em virtude da existência de várias dificuldades enfrentadas pelos profissionais da enfermagem na prestação de um atendimento humanizado.

Comentam que um dos maiores problemas do pronto-socorro, e que interfere diretamente na qualidade da assistência prestada por eles, é a estrutura física inadequada, que obriga os profissionais a prestar cuidados em locais inadequados e improvisados, que inviabilizam a assistência de qualidade e, ainda, desrespeitam o direito de privacidade do paciente durante o procedimento, impossibilitando um atendimento individualizado, digno, efetivo, resolutivo, integral, em suma, humanizado. Os profissionais sentem-se incomodados por não dispor de condições adequadas para acomodar o usuário ou familiar, e estes ficam em macas e cadeiras dispostas em corredores, formando um aglomerado de pessoas, ferindo o seu direito

e sua dignidade, e incorrendo em risco de adquirir infecção hospitalar devido à grande mistura de patologias e condições sanitárias duvidosas.

Outro problema agravante, levantado pelos profissionais, que interfere na qualidade dos serviços, é a grande demanda de pacientes, que se movimenta num fluxo desordenado e exacerbado, sem o devido respeito à ordem de regulação dos serviços de saúde.

Na concepção dos profissionais de enfermagem, a prioridade é prestar uma assistência integral, que nada mais é do que um conjunto de ações que, harmoniosamente, vão sendo executadas e transformadas em cuidados e assistência. Esta harmonia assistencial é ditada por ações que seguem uma ordem de prioridades, normalmente considerando o nível de gravidade, urgências/ emergência, isto é, personalizar as necessidades de cada paciente. Portanto, a enfermagem possui critérios de atendimento conforme as prioridades de risco vital, ou seja, dando prioridade ao paciente em processo de admissão por não ter uma avaliação da situação, e para os pacientes graves em risco de morte. Os demais pacientes, embora seu problema também seja importante, ficam para depois da estabilização dos casos agudos e graves. A assistência ou cuidados de enfermagem são ações relacionadas em satisfazer e atender as necessidades e prioridades dos pacientes, que são cuidados prioritários intimamente ligados às necessidades humanas básicas.

Os profissionais de enfermagem levantaram a necessidade da Educação Permanente, evidenciando a falta de capacitação técnica dirigida à especificidade do trabalho realizado no hospital. Sugerem que haja um diferencial financeiro, ou seja, pagamento de hora-extra, quando não houver liberação para treinamentos ou sua reposição na equipe de trabalho. Outro ponto informado é a necessidade de educação em serviço com a equipe, por meio do diálogo e da reflexão, almejando a busca de soluções para os problemas do cotidiano do trabalho.

Contudo, destacam que os trabalhadores da instituição são amparados legalmente pelo direito de liberação de estudo, isto é, a instituição incentiva e garante aos funcionários condições favoráveis de implementar seus conhecimentos técnicos e ainda serem benificiados pelos incentivos financeiros, com o plano de carreira, que valoriza o profissional que cresce e atinge novos conhecimentos.

A Educação Permanente e a Educação Continuada no HUOP vêm acontecendo de forma muito lenta, fragmentada e insignificante. No entanto, há

uma perspectiva de melhoria desta conjuntura, haja vista o interesse dos profissionais em querer se atualizarem cada vez mais para estar mais preparados e seguros na prestação dos serviços e, com isso, oferecer uma assistência humanizadora, que possa retribuir as expectativas do usuário do SUS e deles próprios como trabalhadores da Saúde. Usuários e trabalhadores satisfeitos pode ser o começo da consolidação do SUS.

A falta de Educação Permanente inviabiliza a unificação da assistência devido à rotatividade de funcionários na unidade e no próprio hospital. Fazendo com que cada profissional execute a sua maneira, o cuidado, sem a preocupação de se apoderar das rotinas instituídas. Fato que pode implicar em risco de vida aos pacientes da equipe e de si própria.

No pronto-socorro existe uma grande demanda de pacientes considerados graves e em risco iminente de morte, ocasionando uma carga exacerbada de cuidados para a equipe executar em pouco tempo. O processo de cuidar em situação de emergência gera ansiedade em toda equipe de Saúde, porque não se tem a certeza que o paciente sairá do quadro grave. E é neste momento que o profissional de enfermagem necessita utilizar o seu conhecimento técnico científico, o bom senso e o instinto de sobrevivência para superar os obstáculos. Sem a possibilidade de, naquele momento, fazer um planejamento de sistematização da assistência de enfermagem.

Contudo, muitos dos pacientes estabilizados permanecem na unidade até a alta hospitalar, seja por falta de leitos nas outras unidades do hospital seja por outro motivo. E são destes os pacientes que é necessário fazer um planejamento das ações de enfermagem, conforme a sua necessidade ou diagnóstico de enfermagem. Porém, o HUOP não instituiu como norma e rotina a sistematização da assistência de enfermagem na referida unidade.

A elaboração da sistematização da assistência de enfermagem é uma atribuição específica do enfermeiro da unidade, o qual deve fazer o planejamento das intervenções de enfermagem para toda a equipe executar, conforme a sua competência técnica. Entretanto, os serviços de emergência não oferecem condições técnico-operacionais para a implantação deste método, haja vista o quantitativo de funcionários para atender toda a demanda da unidade. Há somente um enfermeiro em cada plantão. Logo, existe a necessidade de se completar a

equipe de enfermagem com enfermeiro exclusivo para as práticas gerencias, e nelas se inclui a sistematização da assistência de enfermagem.

A assistência de enfermagem, quando não sistematizada, permite que os profissionais fiquem sem direção, vulneráveis e suscetíveis a erros, pois é um cuidado consumido no momento que se executa e, após sua realização, muitos não tem como retomar e corrigir. Sendo assim, é necessário que toda assistência de enfermagem humanizada seja planejada, elaborada para ser executada.

A elaboração da sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente, caracterizando e concretizando sua prática profissional. As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Hoje, percebe-se a ênfase que os enfermeiros têm dado à importância da documentação e registro do plano de cuidados de saúde aos usuários.

Diante desta visão caótica instalada no Pronto-socorro do HUOP, é visível e notória a preocupação da própria equipe de profissionais de enfermagem em cuidar, assistir e proporcionar um atendimento da melhor qualidade possível aos seus usuários ou familiares. Porém, a qualidade da assistência prestada aos usuários fica muito comprometida por falta de condições de trabalho, quanto à estrutura física adequada, quantidade de material e equipamento suficientes para a grande demanda, aos recursos humanos treinados e valorizados, às acomodações adequadas para os pacientes e seus familiares, e aos profissionais desenvolverem seu trabalho de forma satisfatória.

É preciso lembrar que este panorama apresentado no Pronto-socorro do HUOP é uma descrição real das condições vivenciadas por muitas instituições hospitalares brasilieiras credenciadas pelo SUS, conforme é noticiado pelos mais importantes meios de comunicação, televisão, jornais nacionais e internacionais, em especial, nos hospitais de grande porte e em centros urbanos mais desenvolvidos.

A mídia, com regularidade, noticia que as instituições públicas, principalmente das capitais e dos grandes centros, estão com os pronto-socorros superlotados, pacientes padecem enfileirados ao longo de corredores, aguardando atendimento; permanecem mal acomodados em macas e cadeiras, aguardando vagas, leitos de UTI, cirurgias, tratamentos; pacientes morrem em gigantescas filas de espera visíveis e invisíveis, ou migrando de uma instituição para outra em busca de

atendimento. Para estas instituições hospitalares, normalmente, faltam estrutura, recursos, profissionais, médicos, condições de atendimento e de trabalho. Afirmam estar descapitalizadas, sem condições financeiras e até, muitas vezes, ameaçam fechar as portas. Mas não podemos achar que isso é natural, porque não é. Precisamos nos indignar com a situação presente da saúde pública no Brasil, de modo a proporcionar mudanças urgentes na sua operacionalidade de gestão.

Acreditamos que uma pessoa doente busca em uma instituição de saúde, mais do que a cura ou o alivio, ele busca preservar a sua vida e a recuperação de sua saúde, para que isto realmente aconteça, ele precisa ser tratado de forma integral, holística, solidaria, fraterna e ética, ações simples que ultrapassam as fronteiras da técnica e da ciencia, mas que podem preservar a manutenção digna da vida ou de morte.

Para Leite (2006, p.204), a visão holística pode ser definida “como a visão de um determinado fenômeno, como um todo, ou seja, considerar todos os fatores que podem influenciar o fenômeno observado. ”A relação humanística não é apenas mais uma moda e sim, a relação humanitária, antes de tudo, uma necessidade ética para com os usuários e para com todos os profissionais que atuam no setor da Saúde. “A humanização pode ser compreendida como o ato ou a ação de tornar humana, as relações, ou seja, a importância do próprio homem ou tudo que se relaciona a ele”. A influência da visão holística sobre a humanização da assistência hospitalar é o processo de uma visão do ser humano inserido no seu contexto biopsicossocial, como um ser singular, que traz consigo uma história de vida impregnada de valores culturais, vivenciando um momento em que, normalmente, se encontra fragilizado pelo seu problema de saúde e pela própria situação imposta pela internação, ou seja, é uma fase na qual a pessoa é removida do seu cotidiano e passa a obedecer as normas institucionais.

O HUOP sempre esteve aberto à inovação, no sentido de qualificar os serviços prestados, buscando o bom atendimento ao usuário e a satisfação de seus funcionários. A formação de um grupo de humanização no hospital vem ao encontro da filosofia da instituição, que é oferecer um atendimento humanizado conforme os preceitos apontados no PNHAH:

> Conduzir um processo permanente de mudanças na cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana;

> sensibilizar profissionais e usuários para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado; garantir à instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços (BRASIL, 2002e, p.14).

O PNHAH diz que os hospitais precisam de instalações adequadas com qualidade, com equipamentos atualizados e com condições ambientais saudáveis ao processo de trabalho no âmbito hospitalar. Comparando as recomendações feitas pelo Ministério da Saúde, a Unidade de Emergência do HUOP necessita rever seu ambiente de trabalho com relação à estrutura física e espaço, condições de atendimento, assim como todo o sistema de Saúde precisa ser remodelado, pois se observou que as práticas cotidianas do trabalho em saúde necessitam de uma reavaliação nos indicativos inerentes à rede assistencial, composto pela resolutividade na atenção básica de saúde, financiamento do SUS, regulação dos serviços/atendimento hospitalar, estrutura física e demanda, e ambiente de trabalho/espaço. Todas essas dimensões são imprescindíveis para que os serviços públicos de saúde atinjam um nível satisfatório de qualidade, eficácia, eficiência e resolutividade, e, por conseqüência, a prestação de uma assistência humanizada aos usuários, principal sujeito interessado, visto que a humanização possui um caráter subjetivo, complexo e multidimensional.

Devido à grande demanda e a falta de espaço, os recursos disponíveis ficam escassos e comprometem a qualidade do atendimento das prioridades e da assistência integral. Por isso, para que realmente aconteça a humanização da assistência hospitalar como o Ministério da Saúde recomenda, muito tem que ser feito, a começar pela assistência da atenção básica, avançando por toda a rede assistencial até chegar ao nível hospitalar, que necessita ampliar sua estrutura física, seu quadro de recursos humanos e treinar, valorizar e dar condições de trabalho. Assim, para que haja uma assistência humanizada no ambiente hospitalar, em qualquer unidade, é necessário um trabalho de união com várias mãos, mas em uma única direção para se obter um SUS humanizado.

É possível observar que, mesmo sem ter as condições ideais de trabalho, os profissionais de enfermagem estão cumprindo com o seu principal dever que é cuidar, assistir, zelar, medicar. São seres humanos cuidando de seres humanos ou, como disse Wanda Horta de Aguiar (1979), *“*gente que cuida de gente*”.*

REFERÊNCIAS

A Educação Permanente Entra na Roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde - Conceitos e Caminhos a Percorrer. 1a Edição. Brasília (DF), 2005_b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov. br/bvs/publica çoes/ >. Acesso em:10/01/2008.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.

ANDERSON, M.I.P. **Saúde e Condições de Vida no Brasil.** Textos Envelhecimento. v.1 n.1, Unati-Rio de Janeiro nov.1998

ANDRADE, L.O.M. **SUS Passo a Passo.** São Paulo: Hucitec, 2001.

Atenção Básica e a Saúde da Família, Departamento de Atenção Básica – DAB, Brasília,2004_d.Disponívelem:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#desafios>. Acesso em: 10/03/2008.

BACKES, D.S. LUNARDI, W.D.F. LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2006_a; 40 (2): 221.

_____. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.14 n.1 jan./fev.2006_b.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Portugal), Editora Edições 70 Ltda, 1977.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005. Disponível em: <Scielo. ... bvsms.**saude**.gov.br/bvs/is_digital/is_0405 /**humanizacao**.htm>. Acesso em: 08/12/07.

BERGAMINI, C.W. Desenvolvimento de recursos humanos**: uma estratégia de desenvolvimento organizacional.** São Paulo, Atlas, 1980.

BERWICK, D. **Qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde**. São Paulo: Makro, 1994.

BETTINELLI, L.A.; WASKIEVICZ, J; ERDANMNN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar, In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola ; 2004.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 2001.

BOGDAN, R.C., BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**. Porto (Portugal), Editora Porto, 1991.

BORK, A.M.T. **Enfermagem de excelência**: da visão á ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL, Anvisa. RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**, publicação: D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de março de 2002_d.

BRASIL, Ministério do Orçamento e Gestão, Secretaria de Estado da Administração e do Patrimônio. Instrução Normativa nº.18, de 22 de dezembro de 1997. **Disciplinar a contratação de serviços a serem executados de forma indireta e contínua, celebrados por órgãos ou entidades integrantes do Sistema de Serviços Gerais.** Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.transporte s.gov.br/conjur/juridica/in/IN18.pdf>. Acesso em: 20/05/08.

BRASIL. **Constituição. Brasília**: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias**. Brasília: 1990.

BRUNNER, S. **Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica**. 7ª edição, Editora Guanabara/koogan, Rio de Janeiro, 1994.

BUDÓ, M.L.D.; SAUPE, R. Pedagogia interdisciplinar: "educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiriço em saúde. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006. Abr-Jun; 15 (2):326-33. Disponível em:<http://redalyc. uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415218.pdf>. Acesso em: 22/10/2007.

CAMPOS, G.W; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2004. v. 9, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/11/2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1978.

Carta dos direitos dos usuários da saúde. Serie E. Legislação de saúde. 1ª edição, Brasília, 2006_c.

CARVALHO, A.V. **Treinamento de recursos humanos.** São Paulo, Pioneira, 1988.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURGANT, P. (Coordenadora). **Gerenciamento em Enfermagem**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.

CASTILHO, V; LEITE, M.M.J. A Administração de materiais em enfermagem. In: KURGANT, P. (Coordenadora). **Administração em enfermagem**. São Paulo, EPU, 1991.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface: comunicação, saúde, educação, v.9, n.16, set. 2004/fev.2005b.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº. 4, Rio de Janeiro Out./Dez. 2005a.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIROS, R.;MATTOS, R.A (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde**. UERJ: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2001.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: MATTOS, R.A; PINHEIROS, R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Abrasco, Rio de Janeiro, 2003.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI:** problemas, projeções e alternativas**.** Rev. Saúde Pública, 31 (2): 184-200,1997.

CHAVIANETTO, I. **Teoria geral da administração**. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1979, v.1.

CHIAVENATO I. **Gerenciando pessoas**. O passo decisivo para a administração participativa. São Paulo; Markron Books; 1992.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo, Cortez, 1991.

CIANCIARULLO, T.I. **Teoria e prática em auditória de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997.

COFEN. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – LEP 7.498/86. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/resoluca/272-2002impressao .htm > Acesso em: 01/06/08.

COHEN, C.; FERRAZ, F.C. Direitos humanos ou ética da relações. In: SEGRE, M.; Cohen, C. **organizadores.** Bioética. São Paulo, EDUSP; 1995.

Conferência Nacional de Saúde (!2) 2003. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca** – saúde um direito de todos e um dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COPPE, A.A.F.; MIRANDA, E.M.F. O psicólogo diante da urgência no pronto-socorro In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. **E a Psicologia entrou no Hospital.** São Paulo: Pioneira, 2001.

CRUZ, O. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO,C.S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, vozes.

DONABEDIAN, A. Evaluciòn de la calidad de la atención médica: In: WHITE,K.L.; FRANK,J. (org.). **Investigaciones sobre serviços de salud**: uma antologia. Washington, DC:OPAS.1992.

ESTADO DO PARANÁ, CONSELHO UNIVERSITARIO. Resolução nº 35/2000 – COU, de 23 de agosto de 2000. Regulamento da Política de Qualificação dos Servidores técnicos - Administrativos da Unioeste, 2000.

ESTADO DO PARANÁ, Ministério Público pactua a regularização do fluxo de encaminhamentos de pacientes em urgência e emergência, vindos das cidades próximas de cascavel, do âmbito da 10ª Regional de Saúde, tendo em vista a sobrecarga do Pronto-socorro do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, em razão de ser o Único Hospital de referencia para esses municípios. Termo de Ajustamento foi considerando o teor da Portaria nº. 2.023/GM de 23 de setembro de 2004, do Ministério da Saúde. 2005.

ESTADO DO PARANÁ, Ministério Público pactua o Fluxo de Encaminhamento para os PACs/Central Estadual de Leitos/hospitais públicos e Conveniados ao SUS. Termo de Ajustamento de Conduta de 16 de agosto de 2006.

Estratégia da saúde da família, Brasília, 2004_e.
Disponível em: <http://www.mp.se.gov.br/cao/Arquivos/ManualPSF.doc>. Acesso em: 10/03/2008.

Estrategia Saúde da familia: Serviço de Atenção básica, Brasília, 2004_c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/ atencaobasica.php# diretriz>. Acesso em: 10/03/2008.

FERREIRA, A.M.T.G.B.; DERNTL, A.M. **Ouvindo o idoso hospitalizado:** direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem. O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 29,v.29,n.4. out/dez 2005.

FOUCAULT, M**.** O Nascimento do Hospital. In: **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal,1979.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.

GALLIAN, D.M.C. **A (re) humanização da Medicina.** Psiquiatria na Prática Médica. v.33, n.2, 2000.

GALLIAN, D.M.C. **A reumanização da medicina psiquiátrica na prática médica**. São Paulo, 2003. Disponível em: < http://buscatextual. cnpq.br/buscatextual /visualizacv.jsp?id=K4782994T3#Projeto Pesquisa >.Acesso em: 13 abril 2007.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de enfermagem,** Apresentado na Mesa redonda **"a sistematização da assistência de enfermagem**: o processo e a experiência". Recife/Olinda –PE, 2000.Disponível

em:<http://www.virtual.unifesp.br/cursos/enfnefro/restrito/ download/ sistematizaçãodaassistncia.pdf>. Acesso em: 11/11/2007.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões interpretações. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 5º ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA L.; LOBATO L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, 2002; 26:37.
Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf >. Acesso em: 28/02/08.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão**. Revista da Escola de Enfermagem**. USP, 2004, 38(1):13-20.

HORTA, V.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU 1979.

Humaniza SUS – Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004_L. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/prod utos/impressos/folheto/05 0050_FL.pdf >. Acesso em: 10/01/2008

_____. **Ambiência**. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004_f.

_____. **Política nacional de humanização**. (versão preliminar). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2002_c.

_____. **Política nacional de humanização.** Documentos para Discussão. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2001a.

_____. **Política nacional de humanização**. Documentos para Discussão. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004_a.

Humanização hospitalar. **Mundo da Saúde**. São Paulo. 2006:abr/jun 30(2):203-214

IDE, C.A.C.; DOMENICO, E.B.L. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu; 2001.66. ITO, E. E. *et al*. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, 2006; 40 (4); 570- 5. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/291.pdf>. Acesso em: 23/10/2007.

KURCGANT, P. (Cordenadora). **Administração em Enfermagem**, EPU –Editora Pedagógica e Universitária Ltda, São Paulo, 1999.

KURGANT, P. (Cordenadora); TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto … [et al]. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEAL, M.I.; LOW, M.M.L.; KONORATH, M.N.S.; ROVEDA, R.P. Percepções da equipe de Enfermagem de unidade de terapia intensiva sobre o cuidado humanizado. **Revista Nursing,** 2006; 94 (9): 719.

LEITE, T.A.A.F.; STRONG, M.I. **A Influência da visão holística no processo de humanização hospitalar.** Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundosaude/35/influenciavisao.pdf>. Acesso em: 15/01/08.

LEOPARDI, M.T.; PIRES, D.; et al. **O processo de Trabalho em Saúde:** organização e subjetividade, Florianópolis; Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC: (ORG), Ed. Papa-livros, 1999.

LOBIONDO-WOOD G.; HABER J. **Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOUREIRO, M.M.; VAZ, M.R. Projeto político-pedagógico para os cursos de enfermagem: reflexões a partir da pratica educacional. **Texto e contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p.133-148, jan./abr.1999.

Manual de Lavanderia Hospitalar Brasília, 1996_b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lavande ria.pdf>. Acesso em: 20/05/08.

MENDES, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Unb, 2002.

MENDES, E.V. **Os dilemas do SUS, (Tomos I)**. ISC/Salvador: casa da saúde, 2001.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; CECILIO, L.C.O. O Singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em debate**. Campinas, 2002. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>. Acesso em: 17/03/08.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.1994.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDE, S.F.; CRUZ, O.N; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Vozes, 1996.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Vozes, 21ª ed, 2002.

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAUDE-NOAS-SUS 01/2002a. **Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica,** Diário Oficial n.40 – seçao1,28 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em:<http://agata.ucg.br/formulários/ucg/institutos/ nepss/arqdoc/noassus2002.pdf>. Acesso em: 11/02/2008.

O Processo de implantação do SUS: As Normas Operacionais. NOAS-SUS-01/1996. Disponível em:
<http://www.evata. com.br/site/modules/wfsection/download.php?fileid+42>.
Acesso em: 11/02/2008.

O Processo de implantação do SUS: As Normas Operacionais. NOAS-SUS 01/2001b. Disponível em:
<http://www.evata. com.br/site/modules/wfsection/download.php?fileid+42>.
Acesso em: 11/02/2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Avaliação dos programas de saúde**: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestação para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra, 1981.

PALIKOWSKI, M. **Dehumanization of Contemporary Medicine:** Causes and Remedies. Lodz. Institute of Endocrinology, Medical University of Lodz, 2002.

PATRICIO, Z.M. **Ser saudável na felicidade prazer** - uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecologico, Pelotas, RS: EFPEL editora Universitaria, 1996.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional da Saúde:** conceito e tipologia. Revista Saúde Pública, São Paulo, 2001; 35 (1):103-9. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 21/08/ 2007.

PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **A construção da integralidade: cotidiano, saberes pratica em saúde;** CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005, 3ª edição.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza; PIRES, [et al]. **O processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**, Florianópolis; Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC: (ORG) – Ed. Papa-livros, 1999.

_____. **Hegemonia na saúde e a enfermagem**. São Paulo: 1989. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. 2004_i.

Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o pacto pela saúde 2006.** Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006_a. Disponível em:
<http://dtr2001 .saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
Acesso em: 10/02/2008.

Portaria 493 de 13 de março de 2006. **Aprova a relação de indicadores da atenção básica, cujos indicadores deverão ser pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde**, Brasília, 2006_b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria493. pdf>. Acesso em: 10/03/2008.

Portaria de diretrizes e normas para a atenção básica. **Política Nacional da Atenção Básica.** Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e institui a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2004_b. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf<http://72.14.235.104/search?q=cache:xOB5PznDd2EJ:cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Portaria%2520da%2520Pol%C3%ADtica%2520Nacional%2520de%2520Aten%C3%A7%C3%A3o%2520B%C3%A1sica_Mar%C3%A7o_2006.doc+Politica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A2o+B%C3%A1sica&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2&gl=br&lr=lang_pt**>**. Acesso em: 10/03/2008.

Portaria MS/GM Nº 479, de 15 de abril de 1999. **Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. Estabelecer os seguintes critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.** Publicada no DO nº 72, de 16 de abril de 1999; Brasília, 1999. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla_/urge/GMP47999urge_.doc >. Acesso em: 12/02/08.

Portaria n.º 1101/GM, Em 12 de junho de 2002b. **Estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde**; Brasília, 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em: 12/02/08.

Portaria n.º 1863 de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Brasília, 2003b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/sa_mu/arquivos/portarias/portaria1863gm.doc>. Acesso em: 12/02/08.

Portaria Nº. 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** 2004_j.
Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/adminses/diretoriadesenvhumano/educacaopermanente/PORTARIA%20198.doc. Acesso em: 11/02/08.

Portaria nº 2.023/GM. Em 23 de setembro de 2004**. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.** Brasília, 2004_j. Disponível em:<http://www.conasems.org.br/files/PTGMMS2023. pdf>. Acesso em: 12/02/08.

Portaria nº. 2.616, de 12 de maio de 1998, **Regulamenta as ações de controle de infecções hospitalar**. Brasília, 1998.

Portaria nº. 309 de 01 de julho de 2004, **Reclassificar a unidade hospitalar como unidade de Urgência/emergência.** Brasília, 2004_g.

Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS. Norma Operacional Básica /Recursos Humanos - SUS. 3ª. ed. Brasília, 2005_a.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermag**em. 5ª Ed. Guanabara: Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

Programa Nacional de humanização da assistência hospitalar. (projeto piloto de humanização da assistência hospitalar). Brasília, 2000.

Relatório da oficina nacional humaniza SUS: construindo a política nacional de humanização. Brasília, 19 e 20 novembro de 2003_a.

REMEM, R. N. **O paciente como ser humano**. Tradução: Denise Bolonho. São Paulo, Summus, 1993.

SANDRI, J.V.A.; SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A. **Construção de descritores para o proceso de Educação Permanente**. Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 5, p. 433-452, 2005.

SAUPE, R. **Educação em Enfermagem:** da realidade construída à possibilidade em construção. Série Enfermagem. . Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; SANDRI, J.V.A. Construção de descritores para o processo de Educação Permanente em atenção básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v.5, n.3 p. 433-452, nov.2007/fev. 2008.

SCHIMITT, C.A. **Consepções e práticas de cuidado humano no cotidiano de uma organização**: uma configuração ética e estetica de vida no espaçao laboral. Dissertação (Engenharia de produção) Programa de pos- graduação em engenharia de produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SCHRAMM, S.M.O. **Humanização do Cuidado da Mulher Idosas Hospitalizada.** Dissertação (Educação em Saúde) Programa de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, Fundação Edson Queiroz Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2006.

SILVA, H.T.; BORGES, R. **Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família.** Manual de terapêutica assistência à família – Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, Departamento Científico, 2006.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional:** analise critica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, K.L.; et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300009&lng=pt&nrm=isodoi:10.1590/S0034-89102005000300009>. Acesso em: 10/11/2007.

SILVA, V.E.F. **Qualidade nas instituições de saúde e a prática da enfermagem**. São Paulo: departamento de orientação profissional – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996. 13. Apostila.

SIMÕES, A.L.D.A; RODRIGUES, F.R; TAVARES, D.M.D.S; RODRIGUES, L.R. **Humanização na saúde:** enfoque na atenção primária. Florianópolis, 2007 Jul. - set; 16(3): 439-444. Disponível em:<http://209.85.215.104/search?q=cache:l_YPmfpbnHGIJ:www.scielo.br/pdf/a09v16n3.pdf+humaniza%C3%A7%C3%A3o+na+as%C3%BAde:+enfoque&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br>. Acesso em: 08/01/2008.

SIQUEIRA, J.E. **A arte perdida de cuidar**. Bioética .2002.vol.10 nº 2.

SOUZA, M.M.F. & KALICHMAN. Vigilância à saúde: epidemiólogia, serviços e qualidade de vida, pp.467-476. In: ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA, Filho**. Epidemiologia e saúde**. Medsi, Rio de Janeiro. 1994.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. & VILLASBOAS, A.L. 1998. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe epidemiológico do SUS, Brasília, COMED/ASPLAN/PNS, ano VII, n.2:7-28, 1998.

TREVIZAN, M.A.; et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1,p.87, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 3ª edição, São Paulo, Atlas, 1994.

TRONCHIM, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R. … [et al]. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VIACAVA, F.; et al. Uma metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-12320040003000021&lng=pt&nrm=iso>.Acesso em: 11/11/2007.

WALDOW, V. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2ª Edição, 1999.

_____. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WENDHAUSEN, Á.; SAUPE, R.. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família **Texto & contexto enferm**;12(1):17-25, jan.-abr. 2003.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de coleta de dados

Instrumento de coleta de dados para os profissionais de enfermagem

a) Caracterização do Profissional de Enfermagem

1 Idade:..... (ano/meses)

2 Gênero: 1 M ( ) 2 F( )

3 Nível Profissional: 1 Auxiliar de enfermagem ( )

2 Técnico de enfermagem ( )

3 Enfermeiro ( )

4 Tempo de Profissão:..... (ano/meses)

5 Tempo de trabalho em emergência... ..... (ano/meses)

6 Carga horária de trabalho diária.....(média)

7 Tem outro vinculo empregatício: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

b) Roteiro de entrevista sobre a humanização

1. Como você avalia a sua assistência de enfermagem neste setor?
2. Como você define as suas prioridades na assistência de enfermagem?
3. Quais as dificuldades de facilidades encontradas no seu cotidiano de assistência de enfermagem na Unidade de Emergência (se possível relate em ordem de maior dificuldade e de maior facilidade)?
4. O que você sabe sobre assistência humanizada?
5. O que falta par desenvolver uma assistência humanizada?

Instrumento de coleta de dados para os Usuários e/ou familiares

a) Caracterização do Usuário e/ ou familiar

( ) Usuário ( ) Familiar

1 Idade:.....(ano/meses)

2 Gênero: 1 M ( ) 2 F ( )

3. Estado Marital: 1( ) Casado 2( )Solteiro 3( )Viúvo 4( )Amasiado

4 Escolaridade:

1( ) Analfabeto

2( ) Ensino fundamental completo

)Ensino fundamental incompleto

4( ) IIº Grau incompleto

5( ) IIº Grau completo

6 ( ) Superior incompleto 3(

7( ) Superior completo

5 Renda familiar mensal:_____ (R$).

6 Cidade onde Mora:_____

7 Diagnostico: _____

8 Queixa principal para procurar a emergência: _____

b) Roteiro de entrevista sobre a humanização

1. Com foi o atendimento/ assistência recebido pelos profissionais de enfermagem?

2. Quais foram às dificuldades/facilidades encontradas até receber o atendimento dos profissionais de enfermagem ou durante o atendimento?

3. O que você acha que está faltando para melhorar?

Apêndice B – Termo de Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: Percepção da equipe de enfermagem e do usuário.**

Pesquisador Responsável: Juliana Vieira de Araújo Sandri
Telefone para contato: (47) 3344 0453 ou 9987 3129
Pesquisadores Participantes: Inês Maciak
Telefones para contato: (45) 3321 5325 ou 9928 2807
Este estudo será realizado junto aos usuários e/ou familiares acompanhantes e os profissionais de enfermagem da Unidade de Emergência do HUOP – Cascavel (Pr). Possui como objetivo, analisar através da percepção do usuário e/ou do familiar atendido no serviço de emergência de um hospital público sobre a assistência de enfermagem humanizada recebida e, do profissional de enfermagem a sua assistência humanizada prestada ao usuário. Como não será feito nenhum procedimento invasivo, não existe nenhum risco ou possibilidade de agravo a sua saúde. Os dados serão coletados no período de julho a dezembro de 2007. Destacamos que poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. O sigilo e anonimato serão mantidos em caráter confidencial de todas as informações obtidas. Poderá fazer questionamentos a respeito do processo. A sua participação estará contribuindo para a formação de um grupo de humanização no HUOP. Após o término da pesquisa serão convidados todos os participantes da pesquisa a participar de um encontro onde será repassado o resultado dos dados computados e analisados. Os dados serão utilizados somente para fins acadêmicos, como relatórios, trabalhos de conclusão de curso, artigos, livros e resumos. Caso aceite participar, solicito que assine esse termo.

Nome do Pesquisador: Inês Maciak
Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG_____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.
Local e data: _____
Nome: _____
Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____
Telefone para contato: _____

Apêndice C - Solicitação de acesso ao HUOP

Cascavel ....., de ..... de 2007.

Ilmo Sr.
Prof. Alberto Pompeu
Diretor do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP

Solicito, através deste, campo de pesquisa na Unidade de Emergência, dessa instituição hospitalar, para a realização da coleta de dados junto aos usuário e/ou familiares e, os profissionais de enfermagem. A referida coleta faz parte da pesquisa realizada pela aluna do Curso de Pós-graduação da Universidade do Vale do Itajaí, nível de mestrado, sob o titulo de **Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Urgência e Emergência: Percepção da Equipe de Enfermagem e do Usuário,** tendo como objetivo analisar através da percepção do usuário e/ ou do familiar atendido no serviço de emergência de um hospital público sobre a assistência de enfermagem recebida e, do profissional de enfermagem a sua assistência prestada ao usuário.

Informamos ainda que a aluna é orientanda da docente enfermeira Doutora Juliana Vieira de Araújo Sandri, pertencente ao quadro de orientadores do Programa de Pós Graduação da Universidade do Vale do Itajaí-SC, do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho.

Sendo o que tínhamos para o momento.

Atenciosamente,

Inês Maciak

Apêndice E

QUADRO 2 - Identificação dos familiares/usuários

Usuário ou familiar	Idade	Gênero	Estado Civil	Escolaridade	Renda Familiar mensal (R$)	Cidade onde mora	Diagnóstico	Queixa principal
F1	43	F	Casada	Ens. Médio completo	500,00	Cascavel	Fratura de antebraço	Fratura de antebraço
F2	87	F	Separada	Fundamental incompleto	365,00	Cascavel	Cálculo biliar	Dor, náuseas e vômito.
F3	46	F	Casada	Ens. Médio completo	850,00	Maringá	AVC i	Cefaléia, hemiplegia E
U1	50	M	Casado	Fundamental incompleto	1.000,00	Cascavel	TVP	Dor intensa, edema, rubor - MID E
U2	23	M	Casado	Ens. Médio completo	1.000,00	Quedas do Iguaçu	Lesão de flexores e artérias de MSD	Hemorragia
U3	65	M	Casado	Mobral	365,00	Cascavel	Pneumotórax	Dispnéia
U4	36	M	Amasiado	Ens. Médio completo	1.000,00	Vera Cruz	Trauma/ acidente automobilístico	Dispnéia, dor e febre.

Apêndice F

QUADRO 3 - Identificação dos Profissionais

Profis.	Idade	Gen.	Nível Profis.	Tempo de Profissão	Tempo de trabalho emergên.	Carga horária	Outro vinculo empr.	Estuda
P1	37	M	Auxiliar de enfermagem	15 anos	06 anos	06 horas (diurno)	Não	Sim
P2	33	M	Técnico de enfermagem	18anos	10anos	06 horas (diurno)	Não	Sim
P3	28	F	Enfermeiro	04 anos	10 meses	06 horas (diurno)	Não	Sim
P4	31	M	Enfermeiro	07 anos	02 anos	06 horas (diurno)	Sim	Não
P5	25	F	Enfermeiro	02 anos e meio	02 anos	08 horas (diurno)	Sim	Não
P6	38	F	Auxiliar de enfermagem (nutricionista)	08 anos e meio	02 anos e meio	12x60 horas (noturno)	Não	Não
P7	38	F	Técnico de enfermagem	06 anos	06 anos	12x60 horas (noturno)	Não	Não
P8	35	F	Técnico de enfermagem	12anos	10 meses	12x60 horas (noturno)	Sim	Não
P9	34	F	Técnico de enfermagem (Serviço social)	05 anos e meio	01 ano	12x60 horas (noturno)	Não	Não
P10	38	M	Enfermeiro	10 anos	04 anos	12x60 horas (noturno)	Sim	Não
P11	39	F	Técnico de enfermagem	07 anos	01 ano	12x60 horas (noturno)	Não	Não
P12	31	F	Técnico de enfermagem	12 anos	10 meses	12x60 horas (noturno)	Não	Não
P13	25	F	Técnico de enfermagem	06 anos	02 anos	12x60 horas (noturno)	Não	Sim

ANEXOS

(Incluir os documentos da Comissão de Ética)

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo