

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN

LIZ CHRISTIANNE DE PAULA MAIA

**A HUMANIZAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA CIDADE DE MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ

2013

LIZ CHRISTIANNE DE PAULA MAIA

**A HUMANIZAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA CIDADE DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ

2013

M185h

Maia, Liz Christiane de Paula.

A humanização na percepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência da cidade de Mossoró/RN/ Liz Christiane de Paula Maia. – Mossoró, 2013.

67f.

Orientador: Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte
Monografia (Graduação em Enfermagem) –
Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Assistência humanizada. 2. Urgência e emergência. 3. Enfermagem. I. Título. II. Duarte, Verusa Fernandes.

CDU 616-083.98

LIZ CHRISTIANNE DE PAULA MAIA

**A HUMANIZAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA CIDADE DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

Orientadora

Prof. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)

Membro

Prof. Mestre Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)

Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter tornando possível a conclusão da minha graduação, que foi meio a tantas dificuldades não ter me deixado desanimar. Pelo trabalho que nunca me deixou faltar para arcar com as minhas despesas, as caronas para o estágio ou retorno para casa; saúde para exercer minhas atividades, a força, a superação, a minha inabalável fé que tudo daria certo, porque Ele estava comigo.

Ao meu namorado, amigo e companheiro que sempre esteve ao meu lado durante esses anos. Talvez o maior responsável por tudo isso e a quem dedico e devo tudo o que alcancei, porque quando pensei em desistir, ele me deu novo ânimo; Quando achei que seria difícil, ele me convenceu ser fácil; E quando houveram quedas, ele me ajudou a levantar e quem me mostrou e me fez acreditar que eu era capaz, que eu podia sempre mais. Franklin, nunca vou esquecer todos os seus gestos de generosidade e de amor.

Á Iris Paula, minha heroína e quem Deus me fez chamar apaixonadamente de mãe, Obrigada por tudo!. Por ter tornado possível tudo isso, pela contribuição financeira, pelos “ jeito que você sempre deu”, por nos ensinar desde cedo a importância dos estudos e da formação profissional. Por você, pelos esforços sempre fez e na tentativa de retribuí-los, foi que tentei dar o meu melhor.

A Cleane Maria, minha mãe, pelas orações, pelo apoio e incentivo, por mesmo distante ter acompanhado e torcido pelo meu êxito.

Aos demais familiares, Débinha e Lelessa, em especial, pela paciência quando me fazia ausente, no meu mundo de cadernos e computador. Obrigada pela força, conselhos, pelo suporte que só em vocês eu pude encontrar.

Aos anjos que atravessaram o meu caminho, anjos que dei o nome de amigos, porque na ausência de asas, eles tinham dois abraços que tanto fui de encontro, ouvidos generos, palavras de apoio e incentivo que sempre me impulsionavam a vencer as dificuldades e seguir em frente: Flávia Sonária, Sara Marques, Maryana Rebouças, Jéssica Costa, Railda Pereira.

Aos meus amigos e colegas de curso, porque e meio a tanta correria, tensão e exaustão da rotina das aulas, com as brincadeiras, sorrisos, amizade e parceria, tornaram os momentos nas salas de aula, mais prazerosos e divertidos. Agradeço por terem feito parte da minha vida em todos esses anos. Vou levá-los sempre comigo, em especial suas histórias. Levo comigo o espelho de determinação, de superação e de dedicação.

Aos meus professores, pelo aprendizado que foi repassado, pelo empenho, por chegar muitas vezes na sala de aula, rodeado de expressões desinteressadas, cansadas e distantes, e mesmo assim oferecer o seu melhor, combater os mil e um desafios que muitas vezes impomos e ministrar aulas com maestria e com empolgação.

A Vanessa Camilo, pela paciência, competência e contribuição dada.

A banca examinadora, pela contribuição no trabalho.

E por ultimo, porém não menos especial, minha orientadora Verusa Fernandes pelo relacionamento de amizade e confiança. Obrigada pelo incentivo, dedicação, pelas sugestões e orientações; Pelos puxões de orelha e cobranças. Obrigada por ter tornando a construção desse trabalho tão leve.

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condição de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

Fernando Pessoa

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros acerca da prática da humanização em setores de urgência e emergência de Mossoró-RN. Com os objetivos específicos: Caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados; Verificar a avaliação dos enfermeiros acerca da humanização na urgência e emergência; Analisar na opinião dos enfermeiros, a realidade laboral e a assistência de acordo com as diretrizes da Política Nacional Humanização. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Os locais para a realização da pesquisa compreenderam a UPA II Conchecita Ciarline e no UPA I Tarcísio de Vasconcelos Maia, o Hospital Regional Tarcísio Maia, Wilson Rosado e Casa de Saúde Dix-Sept Rosado. A amostra foi de 18 Enfermeiros atuantes no setor de Urgência e Emergência, utilizou-se um formulário, onde as informações foram apresentadas em análises quantitativas através de gráficos e tabelas e discutidas através da literatura pertinente. A pesquisa seguiu aos preceitos éticos da Resolução 311/2007 COFEN e da Resolução 466/12 CNS. Com a pesquisa, pode se apontar que o maior percentual dos sujeitos estão na faixa entre 46 à 60 anos, correspondendo 44% dos entrevistados. A maioria dos respondentes é do sexo feminino, 89%; 56% são casados; 89% são especialistas, mas desse total apenas 17% com pós graduação em Urgência e Emergência; 56% dos enfermeiros com tempo de formação acima de 10 anos; 56% atua entre 1 - 3 anos no setor; 72%, possui renda acima de seis salários mínimos e 73% deles possuem mais de um vínculo empregatício. Enquanto que a análise qualitativa foi discutida por meio do método de análise temática de conteúdo de Bardin e Minayo. Faz-se urgente que sejam tomadas as medidas para que efetivamente os trabalhadores tenham seus processos de trabalho respeitados e atendidas suas necessidades para o desenvolvimento dos mesmos. Desconsiderar tal condição impossibilita operacionalizar uma assistência humanizada, pois se a proposta é humanizar o atendimento, não é possível colocá-la em prática se o profissional que presta o atendimento não estiver em condição para tal.

Palavras-chave: Humanização na Assistência; Urgência e Emergência; Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	9
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 HIPÓTESE	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	13
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	18
3.3 O ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	22
4 METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LOCAL DE ESTUDO	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	29
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	30
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	31
4.8 FINANCIAMENTO	32
5 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE	33
5.1 ANÁLISE DOS DADOS DA FASE QUANTITATIVA	33
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	61
TERMO DE CONSENTIMENTO	62
FORMULÁRIO	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

De acordo com fontes do Ministério da Saúde, o crescimento do número de acidentes e a violência urbana têm exercido forte impacto sobre o SUS (Sistema Único de Saúde) e na sociedade de forma geral. A crescente demanda do serviço de Urgência e Emergência associado à deficiência estrutural do mesmo não consegue atender às necessidades da população, contribuindo assim de forma decisiva para a sobrecarga desses serviços, transformando-os em uma das áreas mais problemáticas do Sistema de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Montezeli (2009), os serviços de Urgência e Emergência são buscados por pacientes em circunstâncias graves, muitas vezes com risco eminente de morte. Exigindo, portanto, atendimentos imediatos e com maior grau de complexidade. São serviços que exigem dinamicidade, agilidade e uma equipe profissional altamente articulada. Sendo necessárias decisões e atitudes mais incisivas, uma vez que as mesmas são cruciais para determinar a recuperação e melhor prognóstico do paciente. Desta forma, o que se espera dos profissionais que atuam no setor, é que o atendimento seja de qualidade, aliado ao conhecimento teórico-prático e eficiência profissional, tratando cada indivíduo em sua inerência e singularidade do acordo com o caso.

De acordo com Alves, Ramos e Penna (2005), nas unidades que prestam serviços de atendimentos de urgência e emergência, é imprescindível uma assistência articulada, integral e executada por uma equipe multidisciplinar que inclui assistência Social, Psicológica, Médica, de Enfermagem, entre outros serviços, preparados para atuar nas diversas situações críticas.

De acordo com Menzani e Bianchi (2009), dentro do contexto da equipe multiprofissional atuante na Urgência e Emergência, a enfermagem é considerada uma profissão que sofre o impacto direto das intempéries que apresentam a assistência nos Prontos Socorros, uma vez que são responsáveis pelos primeiros atendimentos, e enfrentam situações imprevisíveis, causando alta concentração de stress, como também a complexidade no atendimento, onde os insumos e mão de obra disponível muitas vezes não são suficientes para atender à demanda e às

necessidades apresentadas; além da pressão imposta pelo tempo para o atendimento, que aumenta o desgaste físico e emocional dos profissionais.

Complementa Montezelli (2009) que essa realidade em que os profissionais enfermeiros estão inseridos em sua prática laboral, as filas dos serviços de Urgência e Emergência que gera superlotação do setor, bem como a sobrecarga e exigência de pressa dos profissionais para execução do seu atendimento, podem levar à práticas assistenciais desprovidas de humanização.

A pesquisa foi orientada pelo seguinte questionamento: Quais fatores interferem na humanização da assistência dos enfermeiros nos serviços de Urgência e Emergência?

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse em pesquisar o assunto emergiu ao longo da minha trajetória acadêmica, quando me deparei com a discrepância do que apresenta a Política Nacional de Humanização (PNH), bem como a própria Política de Atenção à Saúde, e o que se verifica na atuação cotidiana das instituições de saúde. Percebia, cotidianamente a cada estágio, a partir da observação e visualização das rotinas hospitalares, que a prática das diretrizes das políticas se torna comprometidas mediante a realidade de como a saúde brasileira se apresenta e das condições de trabalho de grande parte dos enfermeiros.

A justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa advém da relevância da temática.

Com os resultados da pesquisa, serão identificados prováveis fatores associados à depreciação do trabalho da enfermagem que refletem e se associam ao atendimento frio, impessoal e mecanizado desses profissionais, gerando forte insatisfação nos pacientes e familiares que buscam o serviço. Pode ser utilizado como parâmetro para a gestão hospitalar realizar as mudanças nos pontos negativos, a partir dessa percepção crítica - reflexiva do cenário assistencial.

A pesquisa buscou acrescentar aos profissionais gestores a compreensão de medidas que possam melhorar o serviço, uma vez que revelar os aspectos nos quais as expectativas dos enfermeiros não foram atendidas e assim colaborar com o direcionamento de estratégias voltadas ao desenvolvimento de reformas

organizacionais, refletindo em uma assistência mais produtiva, de qualidade e mais humanizada.

1.3 HIPÓTESE

A hipótese levantada é que a pesquisa iria confirmar que os enfermeiros justificam o comprometimento da qualidade da assistência, e que a inviabilidade de práticas mais centradas no humano, no subjetivo, e a execução de um atendimento qualificado, se devem as dificuldades enfrentadas, principalmente nos Hospitais Públicos, como insuficiência de insumos, alta demanda de pacientes pelo acesso irrestrito aos setores de Urgência e Emergência, dupla jornada de trabalho, stress, carência de uma educação permanente dos profissionais, falta de incentivo salarial, de valorização profissional e de dimensionamento de pessoal. E devido à inexistência de uma atenção primária mais efetiva, a qual acaba contribuindo para a sobrecarga do componente hospitalar da rede de atenção. A pesquisa pretendia confirmar que existe total relação entre as práticas desprovidas de humanização e as problemáticas vivenciadas por esses profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos enfermeiros acerca da prática da humanização em setores de urgência e emergência de Mossoró-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados;
- Verificar a avaliação dos enfermeiros acerca da humanização na urgência e emergência;
- Analisar na opinião dos enfermeiros, a realidade laboral e a assistência de acordo com as diretrizes da Política Nacional Humanização.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 REDE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

De acordo com o Ministério da Saúde, para regulamentar os serviços de Atenção às Urgências, foi instituída a Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003, levando em consideração a situação brasileira de morbimortalidade, relacionada ao aumento da incidência de violência e trauma; à necessidade da estruturação de uma rede de serviços que atenda qualquer situação que envolva maior complexidade e gravidade, sem congestionar os Prontos Socorros; Garantias de adequadas referências e contra-referências; Considerando a necessidade de estimular atenção integral às urgências; E para proporcionar capacitação permanente dos profissionais e das equipes (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). A referida portaria dispõe de conceitos visam reduzir o risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário aos serviços. Direciona a intervenção e retornos às necessidades de saúde; Busca um pacto de cooperação entre as instâncias da gestão e governo, a fim de garantir os investimentos e recursos necessários; Garante a prestação de serviços em quaisquer portas de entrada dos serviços de saúde do SUS (Sistema Único de saúde). Considerando o alto custo sócio-econômico dos serviços de Urgência e Emergência, e pela necessidade de intervir de forma mais organizada e eficaz nos acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil (BRASIL, 2011a).

A Rede de Atenção às Urgências tem o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A Rede deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional. O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de

atenção; Priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2011a)¹.

De acordo com COSEMS/PR ([2012]), a oferta dos serviços de Urgência e Emergência, muitas vezes está bem aquém das necessidades e da demanda do setor, sobrecarregando e gerando uma pressão nos profissionais que ali atuam. Como tentativa de reverter esse cenário, foram pensadas soluções que compreendessem alternativas de racionalização da oferta, regulação, ordenação e direção da assistência.

Complementa o autor supracitado que a implantação das redes de atenção à saúde veio provocar uma mudança radical no SUS, e objetiva dentro das condições agudas e crônicas, identificarem no menor tempo possível a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para cada situação. Isso exige adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Segundo Melo e Silva (2011), para que os profissionais da saúde ofereçam uma assistência com recursos, tempo e locais apropriados a cada necessidade individual, são importantes que estes conheçam e saibam como funciona a organização da rede, bem como os fluxos que essas situações demandam, uma vez que as situações que envolvem urgência e emergência chegam a qualquer ponto da atenção, por ocorrência nas residências ou em vias públicas.

Marques (2011) enfatiza que serviço organizado por meio de redes integradas proporciona uma resposta mais adequada à Urgência e Emergência, oferecendo também vantagens quanto ao tempo de atendimento, vantagens econômicas e adequadas referências.

De acordo com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (2011) as RRSS, que se trata de um Termo de Referência, é responsável pela implementação de Redes Regionais de Atenção à Saúde, e no concernente aos serviços da Urgência e Emergência os compromissos assumidos no termo de referência e estruturação da rede incluem: Garantir atendimento aos cidadãos com quadros agudizados, possibilitando a resolução integral e referenciando-o para o serviço mais indicado de acordo com a complexidade; O atendimento deve ser

¹ Documento não paginado

prestado em qualquer nível de atenção do serviço; Objetiva expandir e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e adequada; A organização da rede deve considerar os problemas de saúde do setor de Urgência e Emergência conforme o perfil epidemiológico do Brasil; Devem ser prezados os princípios dos Sus (Sistema Único de saúde); Modelo de saúde humanizado e voltado para a necessidades dos usuário; Inserção do acolhimento com classificação do risco para organizar os fluxos assistenciais de toda a rede de atenção à Urgência e Emergência.

Para que todos os pontos de atenção da Rede de Urgências e Emergências operem adequadamente, é essencial que os pacientes sejam encaminhados para o componente de atenção que melhor atenda à condição clínica destes, e realizado o processo de classificação de risco em todas as unidades de saúde. Devem ser atribuídos tempos de espera para atendimento médico, definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída, avaliando a necessidade de estrutura física do atendimento, modificando os fluxos e processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos (COSEMS, [2012]).

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

Promoção, prevenção e vigilância à saúde; Atenção Primária em Saúde; Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Salas de estabilização; Força Nacional de Saúde do Sus(Sistema Único de Saúde); Unidades de Pronto Atendimento(UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Rede Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a²).

De acordo com o Ministério de Saúde (2011) a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde é um dos componentes da rede de atenção da Urgência e Emergência, e objetiva estimular ações de saúde e educação permanente voltadas para prevenção dos acidentes de trânsito, traumas, violência, mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de incluir a participação dos usuários e ações de intersetorialidade, visando a promoção, prevenção e vigilância à saúde.

De acordo com Lummer e Rodrigues (2011) os serviços de Urgências ofertados pelo Programa de Saúde da Família(PSF) incluem atendimento com resolutividade para casos de baixa complexidade (casos clínicos que não

² Referência não paginada

demandem de altas tecnologias para o tratamento); estabilização e primeiros atendimento de pacientes mais graves, responsabilidade do transporte e ajudar a regulamentar a porta de entrada do serviços de emergência do país.

Entre as portarias que regulamentam a Atenção de Urgência e Emergência no país, estão a GM/MS nº. 2.048/20023 e nº. 1.863/2003, porém estas não estão ainda bem operacionalizadas e nem definem muito bem o papel de cada nível de complexidade, especialmente no referente ao papel do PSF(Programa de saúde da Família), se tratando de diretrizes muito vagas, onde compromete sua viabilização. O autor defende enfaticamente que essa situação deveria ser revertida, uma vez que representa o nível de atenção que por ter mais contato com as pessoas, seria possível desenvolver ações preventivas e possibilidade de garantir continuidade do trabalho. Além de ser o único nível de complexidade que estabelece um vínculo constante com o cliente e que orientar para encaminhamentos quando necessitarem de outros recursos de demais níveis de atenção (LUMMER; RODRIGUES, 2011).

Completa Lummer e Rodrigues (2011) que só estão previstos dentro dos programas da Atenção Primária, no concernente aos atendimentos de urgência e emergência somente o controle de Diabetes e da Hipertensão. Porém enfatiza a fragilidade dos atendimentos em casos de uma crise hipertensiva e hiperglicemia ou hipoglicemia, que podem evoluir de forma crítica em pouco tempo, já não existem recursos capazes de estabilizar o quadro, sendo preciso uma possível transferência. Embora não sejam previsto atendimento de urgência no programama de Saúde da Mulher e da Criança, a Unidade Básica em condições adequadas, deve dar suporte nos agravos comuns na infância os casos de asma leve e moderada, diarréia aguda, convulsão, a febre alta, a desidratação. Assim como também as urgências relacionadas à saúde da mulher: as crises de Tensão Pré-Menstrual (TPM), as disfunções uterinas, a dismenorreia e até um parto normal, se for o caso. Já os casos graves, considerados de emergência, deve-se promover os primeiros atendimentos e transferir para um serviço especializado.

Os serviços realizados na Unidade Básica de Saúde são importantes na redução das filas dos prontos socorros e hospitais e para redução do gasto indiscriminado com equipamentos de alta tecnologia, uma vez que atenção básica bem estruturada é habilitada para atender os problemas mais freqüentes e relevantes de saúde da população, tais como as especialidades de clínica médica,

pediatria, obstetrícia e ginecologia (MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS, 2010).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como componente pré hospitalar fixo da Rede de Urgência e Emergência, tem como objetivo a organização e qualificação do nível de atenção, e foi implantada com o objetivo de desafogar os hospitais. Atua em consonância com as Unidades Básicas, e contituem-se em estruturas de complexidade intermediária entre estas e as portas de Urgências Hospitalares. Esta estratégia de atendimento está diretamente associada com o SAMU, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço que melhor se adequa às necessidades da situação (MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS, 2010).

Essas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) objetivam prestar atendimento resolutivo e com qualidade aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e oferecer primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, avaliando a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares que atendam casos mais complexos (BRASIL, 2011a).

A portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011, aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências. Como componente da Rede de Atenção às Urgências teve sua aprovação considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo às urgências e emergência, a necessidade de implantação e implementação do processo que regule a atenção, a cobertura populacional insuficiente quanto à oferta de serviços do atendimento móvel e a necessidade de estender os mesmos à toda população brasileira, e a partir da necessidade de qualificação de atenção à Urgência e Emergência (BRASIL, 2011b).

Essa portaria tem como objetivo atender precocemente a vítima nos primeiros atendimentos pré hospitalares, de forma a prevenir agravos à saúde e que sejam de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, mediante o envio de veículos e uma equipe profissional capacitada (BRASIL, 2011b).

A sala de estabilização é um equipamento estratégico da Rede de atenção às Urgências, que se trata de um ambiente com condições de garantir assistência 24

horas aos pacientes críticos e/ou graves, garantindo as necessidades assistenciais de estabilização dos pacientes residentes em municípios de grandes distâncias, de isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para Urgência e Emergência. Deverá se organizar de forma articulada, regionalizada e organizada em rede (BRASIL, 2012).

As salas devem ser estruturadas com os mesmos materiais e medicamentos existentes na atenção primária à saúde, e que devem contar com profissional preparado para estabilizar quadros de urgência mais frequentes (BRASIL, 2011a).

A portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem como objetivos enquanto componente:

Atender a demanda espontânea ou referenciada, garantindo atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos de diagnóstico e internamento clínico, cirúrgico, de longa permanência e de UTI. Deve funcionar 24 horas e deve estar articulado com os demais níveis de atenção. Deve estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria e traumatologia-ortopedia. As portas hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e de psiquiatria não estão incluídas no conjunto de portas de entradas de Urgências Hospitalares (BRASIL, 2011c)³.

A Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 é a que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e se trata de um novo componente de atenção à saúde que substitui ou complementa as já existentes. Esta se caracteriza por promover um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e de reabilitação, que são promovida nas residências dos pacientes, garantindo continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Tem como objetivo reorganizar os processos de trabalho das equipes de saúde que prestam cuidados domiciliares na atenção primária, ambulatorial e hospitalar, com a finalidade de reduzir a permanência da internação dos usuários, promover a humanização da atenção, desinstitucionalização e a independência dos usuários (BRASIL,2011d).

³ Documento não paginado

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Segundo Silveira (2004) os pacientes que buscam os serviços de saúde estão cada vez mais insatisfeitos com a assistência que lhes é direcionada, e isto tem explicação em inúmeras causas. A primeira delas é determinada pela barreira que se interpõe entre o profissional de saúde e o usuário. Explica ele que essa barreira, representada pelo uso excessivo de aparato tecnológico, pela solicitação frequentemente desnecessária de exames laboratoriais, pela insuficiente escuta e consequente limitação na avaliação da condição de saúde dos indivíduos. Essa relação com o usuário acaba se transformando em um atendimento mecânico, frio, interpessoal e distante. Assim sendo pouco tem contribuído para a formação de vínculos, com impacto negativo na assistência.

Segundo Vergílio e Oliveira (2010), que uma vez que as doenças não se reportam apenas às expressões de sinais e sintomas, medidas terapêuticas de acordo com a queixa conduta não são eficazes. Como também não são eficazes os cuidados baseados em diagnósticos médicos comuns, em que não é preconizado o cuidado individualizado, subjetivo e integral.

De acordo com Beck et al ([2006]), o modelo biomédico direciona um atendimento distante dos princípios de humanização, uma vez que há a manutenção reducionista e fragmentada do ser humano e do processo saúde doença e ocorre a separação do trabalho manual e intelectual, que aliado ao avanço da ciência e do consequente desenvolvimento tecnológico, intensificam uma prática distanciada do indivíduo.

No modelo assistencial vigente, o médico hegemônico, o fluxo assistencial é voltado para a consulta médica, exames e consequente tratamento. O processo de trabalho neste caso necessita de uma interação de saberes e práticas necessárias para o cuidado integral à saúde. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras, em detrimento de tecnologias leve duras e leves para o cuidado com o usuário (MERHY (1998 apud FRANCO; MAGALHÃES, [2004]). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias do cuidado a serem utilizadas na produção de saúde, centrando o processo de trabalho nas tecnologias leves.

Há de se constatar que nas últimas décadas, os grandes avanços tecnológicos conquistados da área da saúde, são irrefutáveis quanto à sua eficiência contra sofrimento e morte. Porém mesmo com os avanços tecnológicos, as doenças

e o sofrimento ainda existem e outras questões passam a ser pontos de reflexão (VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

Reforçam Franco e Magalhães (2004) que formou-se entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde, uma idéia que associa qualidade na assistência à oferta insumos exames, medicamentos e consultas especializadas .

Nos dias atuais, apenas o equilíbrio orgânico não se constitui ideia de saúde, pois esta deve ser considerada de forma dinâmica, integrada e com harmonia com as diversas dimensões subjetivas nas quais se insere a vida de cada um (FIGUEIREDO, 2008).

A partir dessa necessidade de reversão desse cenário assistencial e reestruturação das práticas dos profissionais, se fazem necessárias modificações no modelo de atenção que não acontecem sem mudanças no modelo de gestão. Para tanto, foi construída uma política que foi nomeada de Política de Humanização da Atenção e da gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde: Humaniza SUS (BRASIL, 2003).

A política de humanização da atenção e da gestão (PNH) é uma iniciativa que veio para inovar o SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, uma tarefa que enfrenta muitos obstáculos, uma vez que na perspectiva da humanização isso corresponde a ter que aderir novos preceitos assistenciais e realizar mudanças de comportamento por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, além da inserção de novas éticas nos processos de trabalho (BRASIL, 2010).

A PNH aposta em modos de produção de saúde que devem estar associados aos modos de gerir os processos de trabalho, consolidando as redes, vínculos e corresponsabilidade entre gestores e trabalhadores, promovendo a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (BRASIL, 2009b).

De acordo com Ribas ([2012]), a implementação da PNH representou o alcance de um novo patamar de desenvolvimento do conceito de humanização, uma vez que o exercício efetivo dessa política pôde orientar modos de funcionamento dos serviços de saúde e das relações entre usuários, trabalhadores e gestores, promovendo maior vínculo entre estes.

A PNH define um conjunto de princípios e diretrizes que orientam novos modos de agir nos diversos serviços e instâncias do sistema de saúde. Propõe também uma série de dispositivos e arranjos de processos de trabalho que incluem o acolhimento com classificação de riscos; visita aberta e direito a acompanhante; clínica ampliada; equipe multidisciplinar de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular; ambiência; gestão participativa e cogestão; valorização do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde. (RIBAS, [2012], p. 3)

A humanização, então, requer um processo que reflete valores e princípios que direcionam a prática profissional, aliando um tratamento ao cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho, o doente fragilizado, a uma nova postura ética que possam abranger todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (STHAL; BERTI, 2011).

Silveira (2004) chegou a um ponto chave da assistência humanizada: A importância da sensibilidade dos ouvidos dos que vestem o branco. De acordo com ele, a existência humana se dá nas dimensões biológicas, biográfica, social, subjetiva e simbólica, e quaisquer dificuldades nela existentes poderão explicar inúmeras formas de sofrimento, e independente do fator determinante da ruptura da condição de higidez. É fácil perceber que uma “escuta solidária” desse indivíduo poderá amenizá-lo, buscando também identificar, dentro da equipe de saúde, quais recursos deverão ser colocados à disposição desse indivíduo para solucionar o seu problema. Assim, serão a própria escuta e a utilização de orientações de educação em saúde os grandes instrumentos a serem utilizados para muitas situações. A escuta pode transformar-se no ato terapêutico em si.

Segundo Pessine e Bertachine (2006), humanizar é qualificar a relação do profissional da saúde e o paciente, é promover esse acolhimento das angústias de ser humano diante de fragilidade do corpo, mente e espírito. Enfatiza-se nesse contexto a importância da solidariedade do profissional, o atendimento digno com calor humano, a sensibilidade à situação do outro, a criação de vínculos a partir do diálogo, construção de confiança entre profissional e paciente, e a responsabilidade ética.

Humanizar não é apenas uma mudança nas ações e comportamento dos profissionais frente ao paciente hospitalizado ou cirúrgico, ou uma mera tentativa de acabar com o distanciamento que existe entre o profissional de saúde e o paciente.

Deve também incluir adequações de espaço físico e humanas, para que seja possível promover o conforto e agilidade durante o tempo que transcorre a assistência (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

Ribas ([2012]) complementa afirmando que são muitos os desafios da implantação de uma política integrada e sistêmica de gestão e atenção humanizada na saúde, e que para que avanços na concretização deste conceito seja difundidos não devem deter-se apenas no tocante às relações entre profissionais e pacientes, mas em diferentes aspectos da organização do atendimento dentro dos serviços de saúde tais como o cuidado com as instalações, a melhoria no acesso e na destreza no atendimento, o aprimoramento das formas de comunicação e participação do paciente e do profissional, a adequação dos serviços às necessidades psicossociais dos pacientes, a valorização da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, o fortalecimento de vínculos solidários e o treinamento dos recursos humanos para trabalho em equipe interprofissional e para a implantação de projetos de humanização. O avanço na implantação do Sistema Único de Saúde pode ser amplamente potencializado se o caminho for seguido com compromisso e dedicação.

3.3 O ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O grande fluxo de pacientes atendidos e a dinamicidade da rotina de uma unidade de Urgência e Emergência fazem com que a atuação do enfermeiro precise ser eficaz e eficiente, características essenciais para os profissionais que atuam neste setor. Os enfermeiros são elementos fundamentais no processo de trabalho, não apenas ao realizarem o atendimento emergencial, mas ao atuarem efetivamente no gerenciamento da unidade, levando assim à melhor organização para sanar as necessidades de cada paciente (MONTEZELI, 2009).

De acordo com Andrade, Caetano e Soares (2000) apesar do enfermeiro ser generalista, é importante que cada área os profissionais nela inseridos estejam capacitados para atuar nesta, de forma a proporcionar aos usuários melhor a assistência às suas necessidades. Desse modo, é importante que o enfermeiro tenha algum tipo de preparação ou treinamento prévio antes de ser escalado para o setor de Urgência e Emergência.

Complementam os autores supracitados que o enfermeiro é responsável por manter o setor organizado, com material adequado e preparado de forma que não haja perda de tempo para realizar qualquer procedimento, objetivando facilitar o seu acesso. É importante também que este profissional esteja preparado para enfrentar as intercorrências emergentes. Por isso, o enfermeiro da Urgência e Emergência deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, e que tenha facilidade de adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente.

Tal afirmação encontra afinidade com colocações de Peres e Ciampone (2006), que o trabalho do enfermeiro deve se fundamentar na capacidade de tomar decisões, possuir raciocínio lógico e intuitivo, além de competências e habilidades para avaliar, sistematizar e prosseguir com condutas adequadas aos diferentes casos com base em evidências científicas.

Complementa Andrade, Caetano e Soares (2000) que o trabalho da Enfermagem deve ser abrangente, preventivo e imediato após um acidente ou mal súbito, no local ou durante o atendimento avançado. Os enfermeiros devem conhecer e lidar com os mais variados casos, identificando a gravidade e a prioridade no atendimento, para tanto devem ser profissionais dotados de conhecimento científico e muita experiência.

Os enfermeiros que trabalham nos hospitais de urgência e emergência lidam com todos os tipos de especialidades, atuando nos prontos socorros, salas de politraumatismo, centro cirúrgico, observação, além de serem intermediários entre a equipe de atendimento e as famílias. (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005)

De acordo com Wehbe e Galvão (2001), a Associação Americana de Enfermagem estabelece dentre as competências dos Enfermeiros nas unidades Urgência e Emergência, a elaboração, implementação e supervisão do Protocolo de Atenção em Emergência (PAE) nas bases do acolhimento, pré atendimento, regulação dos fluxos e humanização do cuidado; prestação de cuidado juntamente com o médico; preparação e administração de medicamentos; viabilização da execução de exames complementares que auxiliam o diagnóstico; realiza troca de tranqueóstomo e punção venosa periférica com cateter; instalação de sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais; realiza troca de curativos que envolvam maior complexidade; prepara instrumentos para intubação, aspiração de secreções, monitoramento cardíaco, desfibrilação e execução de procedimentos diversos;

realiza monitorização de sinais vitais; realiza evolução de enfermagem e os anota no prontuário (WEHBE; GALVÃO, 2005).

Por ser um setor bastante dinâmico, que apresenta casos mais complexos e que exigem desse profissional agilidade, rápida tomada de decisões já que o tempo pode ser fator crucial na manutenção da vida, desta forma o ambiente emergencial pode favorecer um atendimento mecanizado, e como consequência prejudicar a assistência humanizada, uma vez que o profissional adota uma postura voltada para a tecnociência (MONTEZELLI, 2009).

Explicam Lima e Erdmann (2006) que além do cuidado terapêutico é importante que o profissional enfermeiro que atua na urgência e emergência tenha a humanização em mente, atuando dentro dos princípios éticos, valorizando a qualidade de vida, e que sua intervenção seja sustentada por tecnologia da melhor qualidade possível. A humanização da assistência é fundamental para o paciente e também para sua família, que fica ansiosa por notícias.

Segundo Costa e Cambiriba (2010), os profissionais de enfermagem têm como ação característica do grupo, desempenhar o papel do acolhimento no setor da Urgência e Emergência, que se trata de uma das ferramentas da humanização, e que tem como objetivo requerer do profissional a sensibilidade para escuta e diálogo, na tentativa de conhecer mais o usuário, e buscar solução que satisfaçam suas necessidades, garantindo a integralidade da assistência.

Esse acolhimento, que implementa a classificação de risco, deve ser realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência prévia em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta. Dentro desse contexto, o enfermeiro deve assumir uma postura de acolher, escutar e responder adequadamente os usuários, prestando um atendimento de qualidade, responsabilidade e resolutividade. É responsável por orientar o usuário e sua família em casos de continuidade da assistência em outros serviços, garantindo a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2009).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para

os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009a, p. 24).

Desse modo, o agir do enfermeiro além direcionar a assistência amparado pelo conhecimento técnico-científico deve estar em consonância à preceitos éticos, cuidado livre de danos e de qualidade, repetindo a autonomia do paciente, humanização da assistência, valorizando a subjetividade do outro, seus medos, ansiedades, suas crenças e valores, avaliando-o em sua multidimensionalidade (MONTEZZELI, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) o enfermeiro também é habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, cumprindo além das ações assistenciais, prestando serviços administrativos e operacionais. Incluem dentre as suas competências:

Competências/ Atribuições: Supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de morte, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas. (BRASIL, 2006,p. 86)

Além do cuidado direto ao paciente, o enfermeiro abarca também competências no âmbito administrativo do hospital ou qualquer serviço de saúde, que atuam com o propósito de organizar o processo de trabalho do cuidar e a infraestrutura condizente para realização da assistência em saúde. (MONTEZZELLI, 2009)

Complementa o autor supracitado que articular as práticas administrativas e assistenciais de forma harmônica, constitui-se em um dos pilares de sustentação para uma assistência convergente com a qualidade exigida pela clientela atendida nos serviços de saúde dos tempos atuais.

De acordo com Nóbrega (2006), o cuidado e o gerenciamento devem estar em consonância, mas o que se encontra na realidade são atividades desenvolvidas pelo enfermeiro de caráter predominantemente administrativo-burocrático. Destas ações evidenciam-se a elaboração de escalas de serviço para equipe de enfermagem, procedimentos relativo às trocas de escala e cobertura de plantões, detecção de necessidades de recursos humanos e consequentes providências junto à coordenação e diretoria de enfermagem e provisão junto à coordenação e provisão de recursos materiais.

Complementa Azevedo et al (2010) que quando se fala em uma assistência de qualidade nos serviços de Urgência e Emergência por parte do Enfermeiro, esta não deve ser restrita apenas aos relacionados aos serviços de saúde, mas também a qualidade de vida das pessoas e do ambiente. É necessário que estes possuam atributos como competência profissional e institucional, faça racionalmente uso dos recursos, trabalhe visando a redução dos riscos e danos satisfaça o usuário com qualidade do cuidado. Para tanto, devem requerer habilidade e conhecimentos de clínica além de desenvolverem um estilo de gerência participativo, afim que seja construída uma nova realidade organizacional alinhada a práticas qualificadas.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou relação entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Complementam os autores supracitados que uma pesquisa de campo exploratória tem caráter empírico, cujos objetivos são as formulações de questionamentos ou problemas, com tripla finalidade: desenvolvimento de hipóteses, familiarizar o pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno e clarificar conceitos.

De acordo com Bardin (2009) o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Esse tipo de abordagem fundamenta-se na frequência que aparece um determinado elemento da mensagem e é válida, especialmente, na elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento preciso, e não em inferências gerais

Com relação à abordagem qualitativa explica Minayo (2010) que esta tem melhor resposta quando se intenciona investigar grupos e uma população delimitada e focalizada, uma vez que esse método fundamentado teoricamente permite o desvelar dos processos sociais dos referentes grupos particulares, propiciando a sistematização do conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo e dos processos em estudo, bem como a construção, revisão e criação de novos conceitos e novas abordagens durante a investigação. É também utilizado na elaboração de novas hipóteses.

Uma pesquisa com os dois tipos de abordagem e os dados achados, atuam em oposição complementar e quando bem fundamentada aliando teoria e prática, produz informações ricas, aprofundadas e maior afinidade na interpretação (Minayo, 2010).

Complementa Minayo (2010) que as abordagens quantitativas e qualitativas, exercem cada qual um papel, lugar e adequação. E juntas podem conduzir a importantes achados sobre uma realidade social.

4.2 LOCAIS DE ESTUDO

Os locais de averiguações escolhidos para a realização da pesquisa compreendem os principais hospitais de Urgências e que atendem uma maior demanda de pacientes, da cidade de Mossoró- RN. Na atenção secundária a pesquisa foi realizada na UPA II Conchecita Ciarline e na UPA I Tarcísio de Vasconcelos Maia. Na atenção Terciária, no Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTVM), Wilson Rosado e Casa de Saúde Dix-Sept Rosado.

As UPAs atendem urgências e emergências de média complexidade, onde os pacientes são classificados pelo seu risco e a partir daí é dada a prioridade ao atendimento. Mediante essa classificação, este é referenciado e encaminhado para o HRTVM (Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia) ou outro hospital e informa-se ao paciente que retorne à Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu bairro.

No hospital Wilson Rosado, convênio SUS e particular, são realizados atendimentos de média e alta complexidade. As urgências com maior complexidade, apenas os procedimentos de Angioplastia e Cateterismo Cardíaco. O hospital recebe transferências do HRTVM (Hospital Regional Tarcísio Maia) quando envolvem procedimentos cardíacos.

A Casa de Saúde Dix Sept Rosado realiza predominantemente cirurgias eletivas. De urgência, apenas as apendicectomias e cirurgias obstétricas.

O HRTVM é um hospital geral de médio porte, referência para toda a região Oeste do Estado, desempenhando um atendimento de urgência e emergência pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e atende pacientes de alta complexidade, em cirurgias gerais e ortopédicas. Alguns pacientes são encaminhados para Natal ou Fortaleza, em casos mais graves; e em outros, encaminhados para o hospital Wilson Rosado, para efeitos de internação e cirurgias cardíacas de urgência. De acordo com a necessidade, os pacientes são orientados para buscarem o setor especializado, ou para UBS, para realização de acompanhamento.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com a população de Enfermeiros atuantes no setor de Urgência e Emergência, com amostra pretendida de 20 participantes.

Foram adotados como critérios para inclusão na pesquisa; ser servidor enfermeiro, estarem com boas condições físicas e mentais e serem atuantes no setor há pelo menos um ano. Como critérios de exclusão: enfermeiros que apresentem algum comprometimento físico e/ou mental.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada através da utilização de formulário, de acordo Marconi e Lakatos (2007) se constitui em um dos instrumentos essenciais para a investigação social, em que são coletados os dados e informações por meio de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por ele com as respostas do pesquisado. Para tanto, o que caracteriza o formulário é o contato face a face.

Complementa o autor supracitado, que esse tipo de método de pesquisa com a presença do pesquisador é importante para explicar os objetivos, orientar no preenchimento do formulário e facilitar para a resposta de perguntas que não estejam muito claras, podendo o entrevistador fazer a reformulação de itens ou ajustar o formulário à compreensão de cada informante. Direciona também para a obtenção de dados mais complexos e úteis

A coleta foi realizada a partir do formulário e após a aprovação do comitê de Ética e Pesquisa (CEP), onde foram usados estímulos verbais e escritos, com a finalidade de obter, espontaneamente, respostas sobre o objeto em estudo, o formulário tem como objetivo designar uma quantidade de perguntas que serão anotadas por um entrevistador no momento da pesquisa (SELTIZ, 1965, p. 172 apud MARCONI; LAKATOS, 2007).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Os participantes foram abordados dentro dos critérios de inclusão anteriormente citados; foram apresentados os objetivos, a justificativa e os possíveis riscos da pesquisa; em seguida foi requisitada a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento contém as informações referentes à pesquisa e garantem os direitos do participante, a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

A análise quantitativa foi analisada e apresentada através de gráficos e tabelas, e discutida através da literatura, e que de acordo com Marconi e Lakatos (2007) são métodos estatísticos que ajudam o investigador a distinguir diferenças, semelhanças e relações dos dados. Esse tipo de apresentação gráfica também auxilia na apresentação do investigador, a compreensão e interpretação dos dados por meio do leitor.

A análise qualitativa aconteceu por meio dos registros produzido a partir das transcrições das entrevistas e foi analisada segundo a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, segundo Bardin e Minayo.

Para Bardin (2009, p.40) a análise de conteúdo pode ser definida como:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN,2009, p. 40)

De acordo com Bardin (2009) a análise de conteúdo trabalha a fala e procura conhecer o que está por trás das palavras buscando outras realidades através das mensagens

Com relação à análise de conteúdo na modalidade temática, explica Minayo (2010) que esta é ligada a uma afirmação sobre determinado assunto ou tema. As relações da pesquisa podem ser graficamente apresentadas através de uma palavra, de uma frase ou resumo.

Operacionalmente, a análise temática, segundo Minayo (2010) são seguidos pelas seguintes etapas: A pré-análise, que se constitui na fase inicial do trabalho,

compreende a leitura exaustiva do conjunto do material selecionado, para atingir níveis mais profundos de conhecimentos acerca do assunto; a escolha dos temas, técnicas empregadas, atributos dos interlocutores e a escolha dos documentos adequados que possam dar respostas aos objetivos do trabalho. Nessa fase é feita também a formulação e reformulação de hipóteses ou objetivos (Minayo, 2010).

A segunda etapa compreende a realização da exploração do material, que se trata da análise propriamente dita. O investigador deve procurar as expressões ou palavras significativas e resumi-las em função das quais o conteúdo será organizado, e deve estar em consonância com a relevância indicada na pré-análise (Minayo, 2010).

A etapa final é marcada pela elaboração de interpretações inter-relacionando com as suposições teóricas delineadas inicialmente, ou abrindo pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material sintetizado (Minayo, 2010).

É importante que a redação esteja em consonância com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (Minayo, 2007).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos provenientes da Resolução 311/2007 COFEN do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEP) foram garantidos, mediante o respeito aos princípios de honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados (COFEN, 2007).

Coadunando com os aspectos éticos contidos no CEP, os dados da pesquisa não serão alterados, bem como, não serão usados para fins diferentes dos pré-determinados. Nem tampouco se publicará trabalho com elementos que identifique o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN, 2007).

De acordo com a Resolução 466/2012, editada em outubro de 2012 pelo Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa atenderá aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1996). Para atender aos seus princípios, buscarão realizar a pesquisa com indivíduos com autonomia plena, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;

devendo ainda assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto (BRASIL, 2012).

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização dessa pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

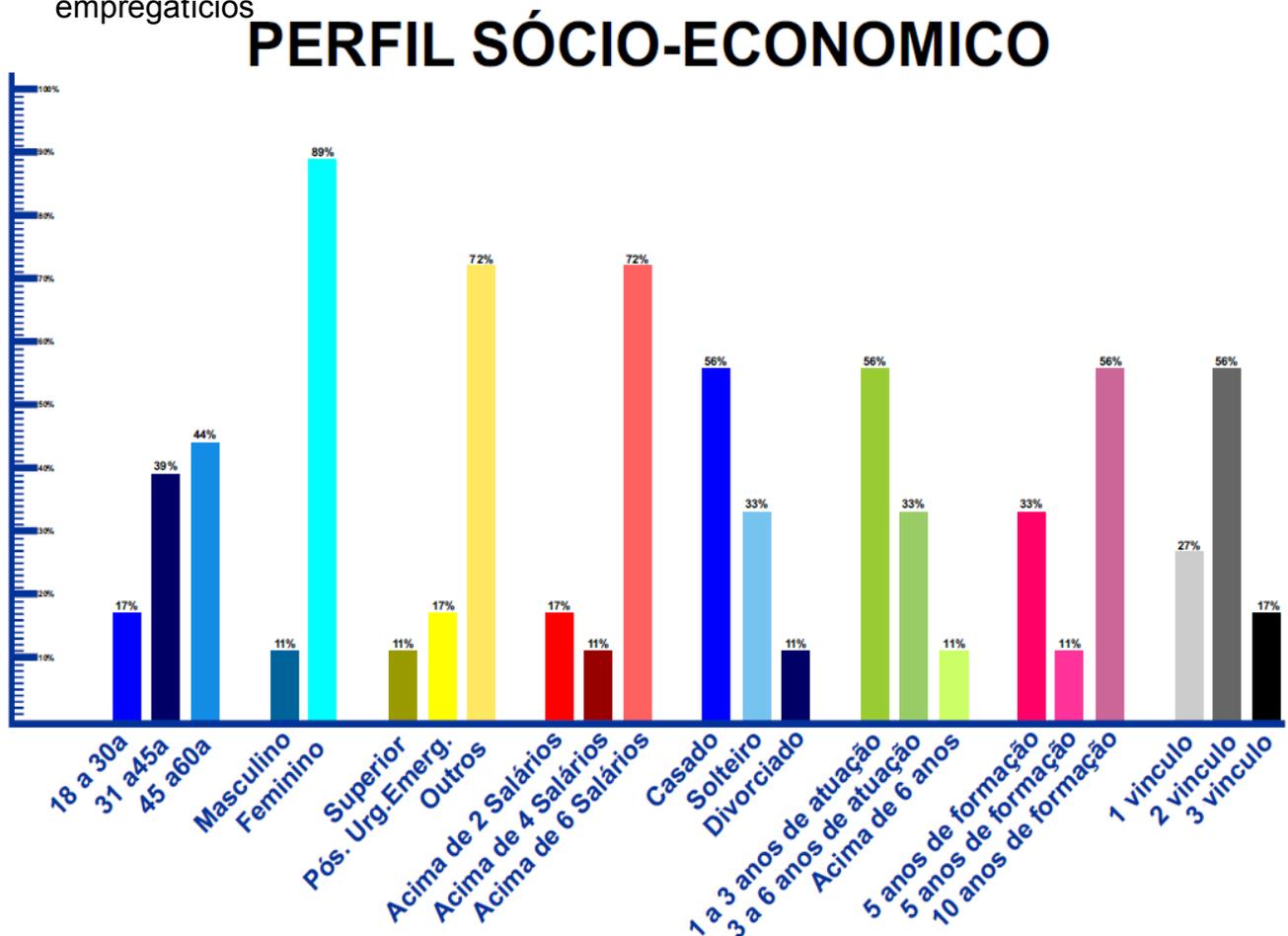
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

De início a amostra proposta seria composta por 20 enfermeiros os quais atuassem nos Prontos Socorros de Unidades de Urgência e Emergência, mas obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão expressos na metodologia, apenas 18 puderam fazer parte da pesquisa. Na primeira parte será apresentada a análise dos dados quantitativos e posteriormente os dados qualitativos.

5.1 ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A coleta dos dados quantitativos foi realizada através de um formulário (APÊNDICE B) e apresentado por meio de gráfico único em colunas, onde é expresso o perfil socio-econômico dos enfermeiros entrevistados, incluindo aspectos como a idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, tempo de formação, tempo de atuação do enfermeiro no setor e vínculos empregatícios. Traçar o perfil do trabalhador de saúde, especificamente o enfermeiro, relaciona-se, sobretudo a imprimir e melhor analisar o processo de trabalho. Os dados coletados foram apurados e interpretados da seguinte forma:

Gráfico 1 – Caracterização da Amostra quanto à idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, tempo de atuação no setor, tempo de formação e vínculos empregatícios



FONTE: PESQUISA DE CAMPO, FACENE – RN 2013

De acordo com a primeira coluna do Gráfico 1 que expressa a idade dos entrevistados, 22% da frequência compreende um intervalo de 18-30 anos; 39% 31 – 45 anos ; 39% 45- 60 anos, somando um total de 100% da amostra. A média de idade dos enfermeiros apontou uma predominância do grupo adulto jovem, o que se assemelha a achados de outros estudos.

O resultado da pesquisa equipara-se com o realizado pelo COFEN no ano de 2010 que traçou o perfil da enfermagem do Brasil. A conclusão do COFEN foi que 63% dos enfermeiros têm idade entre 25 a 45 anos, enquanto na pesquisa supracitada é de 61% (BARRETO;KREMPEL;HUMEREZ,2011).

A segunda coluna expressa o percentual quanto ao aspecto sexo, e aponta uma prevalência do sexo feminino, totalizando 89% dos entrevistados contra 11% do sexo masculino, perfazendo 100% da amostra.

Os resultados assemelham-se bastante com uma pesquisa realizada no Mato Grosso que investigou o perfil sócio demográfico dos enfermeiros dessa região, e registrou a maior parcela sendo do sexo feminino (88,6%) e 11,4% do sexo masculino (CORREIA et al, 2012).

Outra pesquisa realizada em um hospital público de Curitiba registrou a força de trabalho feminina em 82% de mulheres e 18% do sexo masculino (CARVALHO; KALINKE, 2008).

O resultado só vislumbra que a enfermagem ainda é uma profissão exercida em sua maioria por mulheres, fato que pode ser explicado pelas raízes da profissão, em que desde tempos mais primórdios os cuidados aos doentes eram praticados por mulheres. A frequência também se deve ao fato que culturalmente a profissão é considerada uma extensão para mulheres.

De acordo com Martins (2006), a preponderância da força de trabalho feminina no setor de saúde é um traço estrutural dessa atividade, uma vez que envolve o trato e cuidado e estes são papéis culturais desse sexo. Fato que também é elucidado pela reprodução histórica da profissão, onde a assistência e higienização aos doentes eram exercidas por mulheres.

De acordo com a terceira coluna do gráfico da página anterior, em relação ao nível de escolaridade dos enfermeiros da pesquisa, 11% tinham concluído apenas o curso de graduação, sem titulação de especialista, 17% pós graduação em Urgência

e Emergência, outros 72% especializações em outras áreas e 0% com mestrado ou doutorado. A maioria possui algum tipo de pós graduação, porém apesar da urgência e emergência ser considerada uma das áreas de atuações mais críticas da saúde, um pequeno percentual desses profissionais procurou se especializar na área.

Em contrapartida, uma pesquisa realizada em quatro pronto socorros na cidade de Manaus, verificou-se que 1% tinha concluído apenas o curso de graduação, 43% tinham pós graduação em Urgência e Emergência, 3% estavam concluindo pós graduação em urgência e emergência e 3% possuíam especialização em outras áreas (JESUS et al, 2013).

De acordo com Andrade, Caetano e Soares (2000) apesar do enfermeiro ser generalista, é importante que cada área os profissionais nela inseridos estejam capacitados para atuar nesta, de forma a proporcionar aos usuários melhor a assistência às suas necessidades. Desse modo, é importante que o enfermeiro tenha algum tipo de preparação ou treinamento prévio antes de ser escalado para o setor de Urgência e Emergência.

De acordo com a quarta coluna do gráfico I, a renda de dois a quatro salários mínimos aparece em 17% dos participantes da pesquisa, 11% com remuneração entre dois e quatro salários e a maioria, totalizando 72%, com renda acima de seis salários mínimos. Pode-se observar que a maioria dos enfermeiros possui faixa salarial superior a seis salários mínimos, porém vale destacar que 73% deles trabalham em outros locais.

Pesquisa realizada no estado de Curitiba aponta um perfil de renda diferente, em que 13% tem renda até 4 salários, 76% tem renda até 6 salários mínimos, destes 50% até 5 salários e 26% até 6; 11% relataram ganhar acima de sete salários. Em contrapartida, a maioria dos pesquisados (58%) afirmaram manter apenas um vínculo empregatício. Fazendo um parâmetro entre as duas realidades, a análise aponta que a pesquisa supracitada tem remuneração financeira inferior ao do estado de Curitiba (CARVALHO; KALINKE, 2008).

De acordo com Batista et al (2005) a remuneração é um fator motivador, justificando que uma boa remuneração proporciona melhores condições de vida ao profissional e possibilitando este se fixar em um único trabalho, aumentando conseqüentemente a qualidade do serviço prestado.

De acordo com o gráfico I, a quinta coluna que expressa o percentual do estado civil dos entrevistados, a concentração mais expressiva são dos casados com 56% dos participantes, 33% que se declaram solteiros, 11% divorciados, 0% viúvos. O predomínio de enfermeiros casados se justifica, segundo estudos, pela maior prevalência da faixa etária de adultos jovens.

Os resultados se assemelham com pesquisa realizada em estado de Mato Grosso, em que também houve prevalência dos enfermeiros casados com 49,4% contra 36,7% que se declararam solteiros. Além disso, outros 6,3% informaram conviver com companheiro (a) em união estável, 5,1% divorciados e 2,5% se declaram viúvos (CORREIA et al, 2012).

Na sexta coluna, que corresponde ao tempo de atuação dos enfermeiros no PS(Posto de Saúde), aponta que 56% atua entre 1 a 3 anos no setor, 33% entre 3 e 6 anos e 11% acima de seis anos. O tempo de atuação é um fator que influi diretamente na assistência quando se trata de PS, pressupondo que conhecimentos, habilidades e a maturidade para situações de Urgência e Emergência são adquiridos com a experiência profissional e rotina nesse setor.

Segundo Roscani e Guirardello (2010) a existência de profissionais com ampla experiência devido um maior tempo de permanência no mesmo setor, possibilita, assim, adquirir competências e habilidades necessárias para o melhor exercício de suas funções.

De acordo com a sétima coluna do gráfico, que diz respeito ao tempo de formação dos profissionais, apresenta que 33% tem tempo inferior a cinco anos de formados, 11% entre 5 e 10 anos e a maioria, totalizando 56%, tempo superior a 10 anos. Sendo assim, identificar o tempo de graduação do enfermeiro pode evidenciar sua experiência profissional e revelar competências e habilidades. A época de formação desse profissional reflete no tipo de formação, pois com o passar dos anos, as exigências quanto ao perfil do profissional foram mudando e se adequando às necessidades e evolução do cuidado em saúde.

De acordo com Carvalho e Kalinke (2008) o novo milênio caracteriza-se pela “era do conhecimento”, onde as instituições de saúde exigem cada vez mais que os profissionais estejam em busca de adquirir novos conhecimentos e habilidades, acompanhem a evolução tecnológica, tenham capacidade para resolução de problemas e adequação às mudanças, e tudo isso aliado a exigência de

humanização na enfermagem, que nos tempos atuais hoje é indissociável quando se fala em qualidade da assistência.

A oitava e última coluna do gráfico ilustra a quantidade de vínculos dos profissionais, e foi constatado que a maioria dos profissionais mantém mais de um vínculo empregatício, onde 56% dos profissionais mantém 2 vínculos, 17% 3 vínculos, e 27% com dedicação exclusiva. Realidade contrária a uma pesquisa realizada em uma unidade básica do estado de Cuiabá, em que foi caracterizado que 58% dos entrevistados mantém dedicação exclusiva a instituição, enquanto 42% mantém mais de um vínculo laboral (CORREIA et al, 2012).

Outra pesquisa de mesma natureza realizada em um hospital no estado de São Paulo, mostra que 66% dos enfermeiros mantém dedicação exclusiva enquanto 34% mantém duplo vínculo empregatício (MARTINS et al, 2006).

A disparidade só reforça que a realidade financeira dos enfermeiros pesquisados é de baixa remuneração, o que faz necessário ao profissional manter mais de um vínculo para manter o padrão de vida desejado.

A necessidade de manter mais de um vínculo provém da necessidade de reforçar o orçamento, e que nesse contexto profissionais que trabalham de forma extenuante pode acarretar em prejuízos à saúde desse profissional. Uma vez que o enfermeiro trabalha diretamente com a melhoria da qualidade de vida da população, é imprescindível também a sua qualidade de vida (CARVALHO; KALINKE, 2008).

5. 2 ANÁLISE DOS RESULTADOS REFERENTES À TEMÁTICA

Com o objetivo de fazer a análise sobre a prática da humanização na percepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência a partir da classificação de Bardin, foi necessário o emprego das seguintes categorias: A- Conhece a PNH. B – Assistência humanizada por parte dos enfermeiros aos usuários do setor. Ruim/regular/bom/ótima Por quê? C - As insatisfações são prevalentes no seu setor de atuação D – As problemáticas listadas exercem influência negativa na assistência e na humanização. E – A PNH é incentivada pela gestão através de capacitações, oficinas e discussões no seu âmbito de trabalho. Sim/ Não F- A realidade laboral é possível uma assistência de acordo com as diretrizes da humanização. G – Aplicação da PNH.

Direcionada pelas categorias supracitadas, foi desenvolvida a análise dos dados, que está exposta da seguinte forma: fala dos entrevistados na íntegra, opinião da pesquisadora e citações de autores.

No intuito de garantir o sigilo dos enfermeiros entrevistados, foram utilizados codnomes de flores: Margarida, Orquídea, Tulipa, Lírio, Flor de Lis, Rosa, Copo de Leite, Petúnia, Girassol, Hortênciã, Jasmim, Gardênia, Flor de Laranjeira, Frésia, Camélias, Azaléia, Lavanda, Narciso.

CATEGORIA DE ANÁLISE:

5.2.1 Conhece a PNH

Ao questionar os entrevistados sobre o que sabiam sobre a PNH pôde-se analisar se estes tinham conhecimento do assunto para compreensão das conseguintes perguntas que tinham como ponto central a política e a humanização. As respostas dos participantes foram variadas, com algumas semelhanças e variações entre elas.

Margarida quando questionada sobre a PNH responde: *“Sim, conheço. A humanização é relacionar as tecnologias duras e leves para realizar um bom atendimento a esses pacientes. Na vida acadêmica eu não entendia essa relação”*.

Orquídea afirma que: *“Sim. Melhorar o atendimento ao público de forma que acolhamos os pacientes e encontremos soluções para seus problemas. Se não for possível aqui, não deixar sem atendimento, temos que direcionar esse paciente”*.

Lírio relata que: *“Sim. Tentar inserir na assistência por parte dos profissionais o acolhimento, ter uma visão holística do seu problema, atenção aos pacientes. Acho a PNH uma política de papel”*.

Flor de Lis se manifesta da seguinte maneira: *“A PNH visa o usuário como um todo, sem discriminação, sexo, escolaridade, prestando um bom atendimento com qualidade e humanização”*.

Petúnia diz: *“Sim. A PNH preconiza que o cliente seja atendido de forma humanizada, com garantia de uma assistência qualificada, de forma que o ambiente seja confortável, acolhedor e que o mesmo sinta-se seguro para expressar suas necessidades. O atendimento humanizado depende da ética profissional, dos meios, instrumentos de trabalho e escuta qualificada.”*

Hortência cita o seguinte: *“Parcialmente. Ela visa mudar o perfil do atendimento atual. Atendimento mais humanista da assistência.”*

Girassol diz: *“Aproximação entre profissional e paciente.”*

Gardênia relata: *“Prioriza o atendimento integral, específico às necessidades particulares de cada indivíduo, mas conforme sua inserção no coletivo. Enfatiza também a escuta acolhedora e resolutiva às necessidades do usuário.”*

Frésia atesta: *“Ouço falar, mas não tenho propriedade para falar.”*

Camélia confirma: *“Sim. Vem para humanizar e melhorar as condições de trabalho dos profissionais e atendimento aos usuários. Profissionais qualificados, disponibilidade de insumos e outros serviços, profissionais e usuários em consonância.”*

Tulipa e Girrasol afirmam *“Não conheço.”*

Lavanda fala: *“Sim. A PNH é um programa que valoriza os trabalhadores, pacientes e relações sociais. Estabelece vínculo. Humaniza a assistência à saúde.”*

A partir dos dados obtidos pode-se inferir que conceitos da PNH não são de conhecimento da maior parte dos enfermeiros entrevistados. Diante do que foi explicitado nas entrevistas, pôde-se concluir que a maioria dos profissionais demonstrou não compreender a abrangência da política, revelando uma visão simplista e reducionista do que é a proposta da humanização, explicitando apenas pontos de aspecto relacional e de conforto.

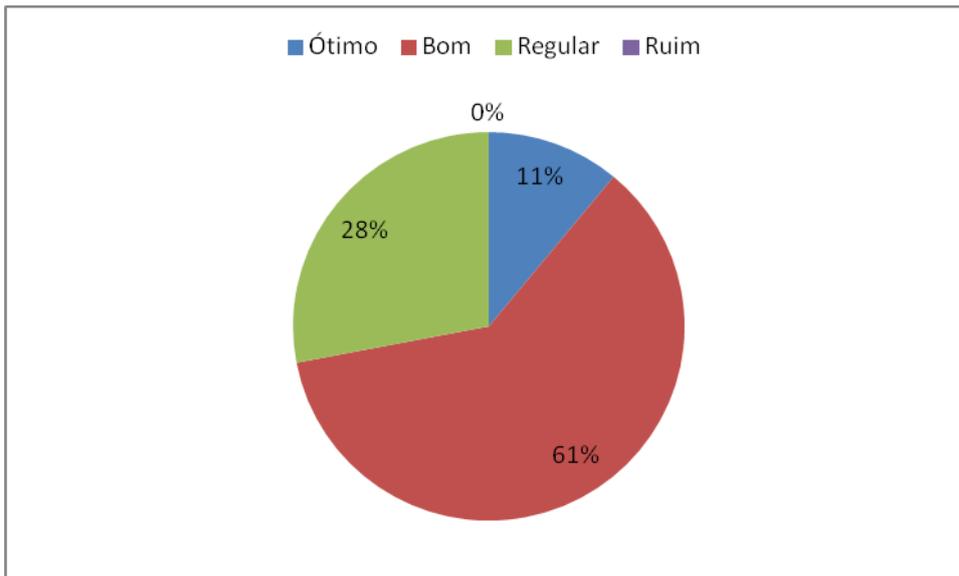
Foi bastante mencionada a questão comportamental por parte dos enfermeiros frente ao paciente, como política que vem para mudar o cenário assistencial tornando-a mais “humana, holística, qualificada, acolhedora,” mas desconhecem a política enquanto estratégia de valorização da ambiência e interferência nos processos de produção de saúde e trabalho, desmerecendo a ideia, talvez pelo desconhecimento, de que a política tem propostas amplas, que objetiva não só a qualidade da assistência pelo modo de produzir saúde por profissionais da saúde ou uma adequação das condições de trabalho como foi mencionado, mas uma política integrada e sistêmica de gestão, que busca orientar modos de funcionamento dos serviços de saúde e a integração entre usuários, gestores e trabalhadores.

Uma política que tenta contribuir para o avanço da democratização e valorização dos trabalhadores e não somente do usuário, levando em conta os desejos e interesses dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde.

Segundo MS (2003), a concepção de humanização limitada a um ambiente adequado, profissionais sorridentes e que chamam o paciente pelo nome, é errônea. A PNH foi idealizada a partir de uma gama de propostas e que visam ampliar o acesso dos usuários ao serviço, integração de profissionais, valorização destes, avanço da democratização da gestão, incentivo à comunicação e educação continuada de gestão, um processo de trabalho com objetivo de reconhecer e organizar o atendimento de acordo com as necessidades do usuário, de forma a promover uma atenção integral, equânime e de forma acolhedora.

De acordo Zem, Montezeli e Peres (2012), existem lacunas no que diz respeito à compreensão de conceitos da PNH por parte dos enfermeiros e que o desconhecimento sobre o assunto se traduz em um dos empecilhos para sua aplicação na prática e que, portanto, para atender as exigências da PNH, faz-se necessário um maior aprofundamento teórico sobre essa política para que a implantação ocorra de forma progressiva e eficaz.

5. 2. 2 Assistência humanizada por parte dos enfermeiros aos usuários do setor.
Ruim/regular/bom/ótima Por quê?



Margarida: *“Bom. Hoje a instituição já trabalha com o intuito de ser aplicada a humanização. Porém ainda está nos papéis.”*

Orquídea: *“Bom. Pelas deficiências do hospital e pelas condições de trabalho não tem como ser melhor.”*

Tulipa: *“Bom. Setor difícil de trabalhar. Deveria ser mais trabalhado a temática, profissionais deveriam ser treinados, deviam peneirar os profissionais e redistribuir de acordo com o perfil, porque existem profissionais desumanos. Existem protocolos mas esses fogem da aplicabilidade.”*

Lírio: *“Regular. Faltam de alguns profissionais uma atenção diferenciada aos pacientes.”*

Flor de Lis: *“Regular. Porque o acolhimento não se dá como deveria ser. Falta a escuta adequada, escuta solidária, destino adequado, enfermeiros mais atentos às necessidades. ‘Enfermeiro de carimbo de core.’”*

Rosa: *“Ótimo. Pelo relacionamento que buscamos ter com nossos pacientes.”*

Petúnia: *“Regular. Principalmente pela falta de acolhimento à família. Muitos indiferentes às notícias que esses pedem. Falta humanização com os acompanhantes.”*

Girassol: *“Bom. Poderia ser melhor, mas alguns fatores atrapalham, como a humanização depender do perfil do profissional, sua própria personalidade, dificuldades do sistema e falta de corpo de trabalho.”*

Gardênia: *“Bom. A Equipe humana. Hospital privado, você sabe, né? Maior exigência de humanização.”*

Frésia: *“Bom. Acredito que uma parte dos profissionais não atendem os requisitos da PNH, por questões pessoais e falta de envolvimento com as necessidades dos usuários. A deficiência da conduta ética também é um marcador importante.”*

Camélias: *“Bom. A humanização não é 100%, mas o acolhimento possibilitou mudança. É importante que o profissional busque qualificação, visão ampliada do conceito de saúde, atenção diferenciada de acordo com o caso.”*

Lavanda: *“Bom. Instituição particular existe a exigência de profissionais mais humanos e atenciosos.”*

A questão referente à consideração da opinião do enfermeiro quanto a assistência humanizada que era prestada por estes, apontou um percentual de concordância de mais de 60% avaliada como “ Bom”. Verificou-se com a análise que existem muitas especificidades quando se fala no processo de produção de saúde.

Nesse sentido, a humanização foi apontada pelos entrevistados como reflexo também do comprometimento do enfermeiro com seu paciente, seu perfil profissional e inerência da sua forma de assistenciar. Alguns enfermeiros relataram dificuldades encontradas no exercício da sua profissão, mas o que fica implícito nas respostas é que condições de trabalho adequadas não garantem bons resultados e nem as ruins impede. Fica evidenciado nas falas que as problemáticas vivenciadas no cotidiano dos enfermeiros compromete a qualidade da assistência e

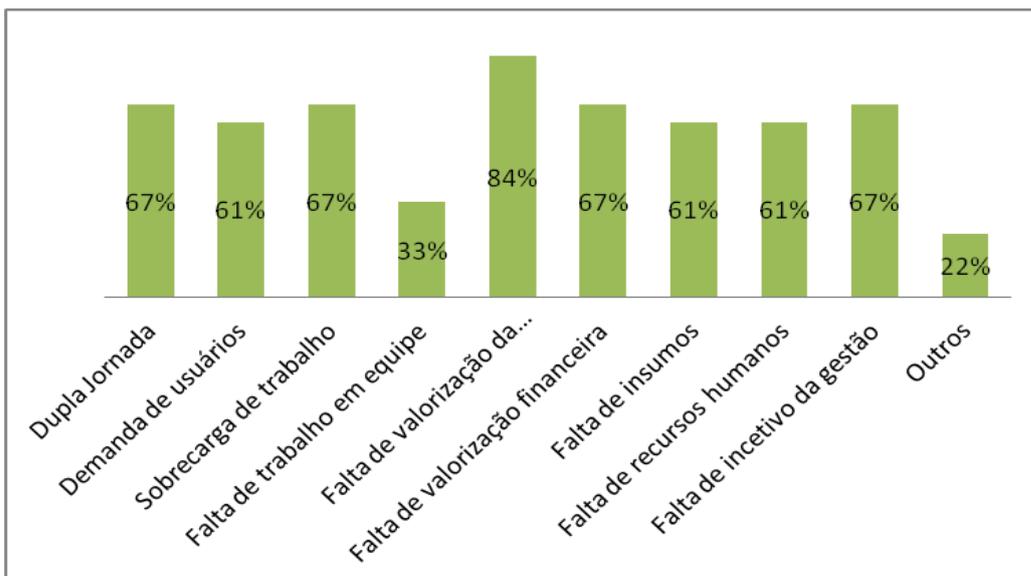
humanização, mas que segundo os profissionais não justifica o modo impessoal e frio que alguns profissionais operam seu trabalho e que se faz necessário uma mudança de postura por parte destes.

A maioria dos enfermeiros avaliou como “bom” porque justificam que apesar das dificuldades, existem profissionais que pelo amor à profissão e pelo comprometimento com aqueles que buscam os serviços, buscam dar o melhor na intenção de resolver os problemas e angústias que estes apresentam.

De acordo Melo e Silva (2013), quando se compreende conceitos e absorve princípios semelhantes é que as mudanças se iniciam, e essas por parte dos profissionais enfermeiros precisam acontecer a nível individual, de modo que se abstenham do conformismo, da resistência às inovações e da falta de comprometimento com o seu papel.

Além da mudança comportamental por parte dos enfermeiros, Sprandel e Vaghetti (2012) defendem que é necessário que se faça valer os valores preconizados na PNH no que concerne aos trabalhadores, para que estes possam ter respeitados seus processos de trabalho e tenham atendidas suas necessidades para o desenvolvimento dos mesmos, pois possibilita criar condições para que as pessoas estejam satisfeitas e realizadas profissionalmente em seus locais de trabalho, faz parte das medidas incorporadas às políticas.

5. 2. 3 - As insatisfações prevalentes no seu setor de atuação



Quando perguntado aos profissionais quais as insatisfações mais prevalentes no setor de atuação, a maior frequência correspondeu à desvalorização da categoria com 84%, seguida da sobrecarga de trabalho, falta de valorização financeira, dupla jornada de trabalho com 67%. Falta de insumos, falta de recursos humanos, falta de incentivo da gestão, demanda de usuários com 61% e 33% apontam a falta de trabalho em equipe e outros 22%.

5.2.4– As problemáticas listadas exercem influência negativa na assistência e na humanização.

Margarida: *“No ato do meu trabalho muitas vezes há sobrecarga de trabalho e muitas vezes o funcionário trabalha desgastado, com pouca atenção, desmotivado, cansado físico e psicologicamente. Além disso, muitas vezes existe a falta de condições de trabalho digno para com os usuários.”*

Orquídea: *“Queda da satisfação profissional reflete no usuário. Acho que essa insatisfação talvez explique a assistência desumana. Não somos valorizados nem pelos pacientes, nem pela equipe médica.”*

Lírio: *“O desestímulo, estresse, falta de motivação e profissionais individuais, tudo isso reflete na assistência ao paciente. Muitos pensam ‘Se não me valorizam, por que valorizar’. Acho que o comprometimento deveria independe das condições, porém alguns profissionais esquecem disso.”*

Flor de Lis: *“O desestímulo e a desvalorização culminaram com o desinteresse do profissional, acredito também que ser um ‘profissional humano’ muitas vezes precisa ultrapassar as dificuldades. Então defendo que trabalhar de forma humanizada tem uma relação tênue entre o estímulo e o comprometimento do profissional.”*

Copo de Leite: *“O bem estar do profissional, tranquilidade, o fato da sobrecarga e valorização, interfere nas relações humanas como um todo, inclusive no trabalho. Somos seres humanos, com nossas limitações.”*

Petúnia: *“Sem insumos as coisas funcionam? Falta de valorização motiva o profissional? Você terá sua resposta.”*

Girassol: *“Necessidade de mais um emprego para manter-se, desgaste físico e mental, desvalorização financeira... Profissional cansado não rende no trabalho.”*

Jasmim: *“Usuários superam os recursos humanos, assistência de má qualidade pela falta de tempo. Equipe desarticulada o trabalho fica prejudicado. Falta de valorização financeira faz necessário ter mais de um vínculo. Tudo isso gera o descaso... Quando pela falta de tempo não examina direito o paciente, ou manda esse para casa, acontece o agravamento do quadro.”*

Gardênia: *“Profissionais que têm dupla jornada de trabalho exercem um trabalho mais cansado, assim não dando sua melhor assistência. Falta de valorização financeira desestimula o empregado. Desarticulação da equipe e falta de comunicação atrapalham a sequência do atendimento.”*

As respostas foram semelhantes e unânimes quanto a afirmação que sim, que a desvalorização dos trabalhadores da saúde, precarização das condições de trabalho, falta de participação da gestão nos serviços e demais problemáticas vivenciadas são aspectos que repercutem em insatisfações e que podem levar à desmotivação, queda da produtividade e a falta de prazer no trabalho, e conseqüentemente uma assistência “desumana e descompromissada.”

Quando questionados, a falta de valorização da categoria foi a insatisfação de maior frequência apontadas pelos enfermeiros, com 84%. Percebeu-se claramente que a valorização profissional encontra-se fortemente atrelada à motivação e que o reconhecimento do trabalho contribui para a autoestima, realização, aumento do potencial e desempenho.

Falta de valorização financeira aparece em 67% dos entrevistados. Atualmente, os enfermeiros não possuem um piso salarial, e muitos deles recebem salários aquém do que se espera e que não condizem com o trabalho que executam. Os baixos salários faz necessário que esses profissionais mantenham outros vínculos empregatícios, o que justifica a existência de tantos enfermeiros com dupla ou até tripla jornada de trabalho, o que foi citado em 67% como um aspecto

que negativa a assistência, pelo cansaço, desgaste, falta de atenção e apatia dos profissionais que se sentem sobrecarregados.

Também apontado por 67% dos entrevistados, o descontentamento com a carga de trabalho e justificam que essa é gerada porque o dimensionamento de profissionais não atende a demanda. O que se deflagra nas falas, é que a maior insatisfação não é pelo desgaste gerado, mas pela sensação de frustração do não cumprimento da tarefa.

A grande demanda de usuários e falta de corpo de trabalho aparece com a mesma frequência, totalizando 61% dos participantes. Os enfermeiros fizeram correções entre as problemáticas: Dimensionamento que não atende à demanda, e resulta em sobrecarga de trabalho dos profissionais.

A falta de insumos também foi citada em 61% dos profissionais. Talvez essa seja uma das problemáticas mais graves existentes nos serviços de saúde, uma vez que na ausência dos materiais necessários há impossibilidade da realização de alguns procedimentos, interferindo na continuidade do cuidado à saúde, não só porque impossibilita a ação de forma resolutiva, mas porque em alguns casos os pacientes precisam ser encaminhados a outros serviços

A falta de participação da gestão aparece também em 61% da frequência. Sabe-se que é crucial a participação da gestão no processo de humanização, uma vez que não acontecem mudanças no modelo de atenção sem mudanças no modelo de gestão. Para que os princípios da PNH sejam operacionalizados é imprescindível estimular o envolvimento dos trabalhadores, tornar o ambiente de trabalho mais motivador, democrático, buscar melhorias das condições de trabalho e assim contribuir para o enfrentamento das dificuldades.

A queixa menos frequente corresponde 33% dos entrevistados, e diz respeito à falta do trabalho em equipe. Essa problemática é um agravante que compromete a integralidade da assistência, uma vez que uma característica do processo-saúde é a fragmentação do serviço. Se existe falta de interação e comunicação, há conflitos de interesses, competitividade e desgaste do relacionamento entre membros da equipe, tudo isso reflete no bem estar do profissional e desqualifica a assistência ao usuário.

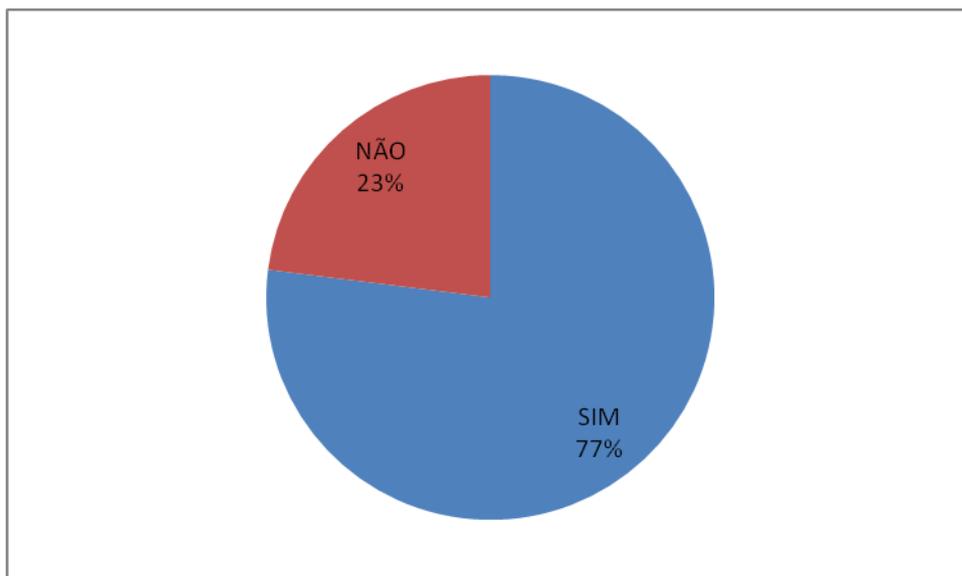
Foram mencionados por 22% outros problemas, como a falta de autonomia e inadequação de estrutura física.

Segundo Traesel e Merlo (2011) em consequência das insatisfações permanentes das condições dos hospitais, ocorrem as chamadas relações de oposição ao trabalho, caracterizados pelo descaso, descompromisso, indiferença, queixas, insubordinação, falta de ética, além de causar sofrimento aos trabalhadores da saúde e, fazendo-os perder o prazer no trabalho e sua motivação.

Verifica-se em muitas organizações de saúde brasileira a desvalorização dos profissionais além da precarização das condições de trabalho, e que mesmo diante de políticas voltadas para humanização que incentiva participação da gestão, ainda existe pouca participação desta nos serviços. Todas essas fragilidades vivenciadas pelos trabalhadores da saúde, e que cotidianamente, ainda enfrentam os problemas de outros seres humanos, levam os trabalhadores a sofrerem impactos de ordem mental, física e afetiva (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Deslandes (2004), afirma que as condições estruturais de trabalho que são impostos os profissionais da área da saúde é aspecto pouco explorado nos documentos do PNHAH, normalmente mal remunerados e com uma carga considerável de trabalho. Neste sentido, quando se fala em humanização não se pode esquecer a humanização dos produtores da assistência.

5.2.4 A PNH é incentivada pela gestão através de capacitações, oficinas e discussões no seu âmbito de trabalho. Sim/ Não



Quando questionados sobre a propagação da PNH pela gestão no âmbito de trabalho dos profissionais, 77% afirmam que sim e 23% que não. Ao responderem à pergunta alguns enfermeiros não sentiam firmeza, perguntavam a outros colegas,

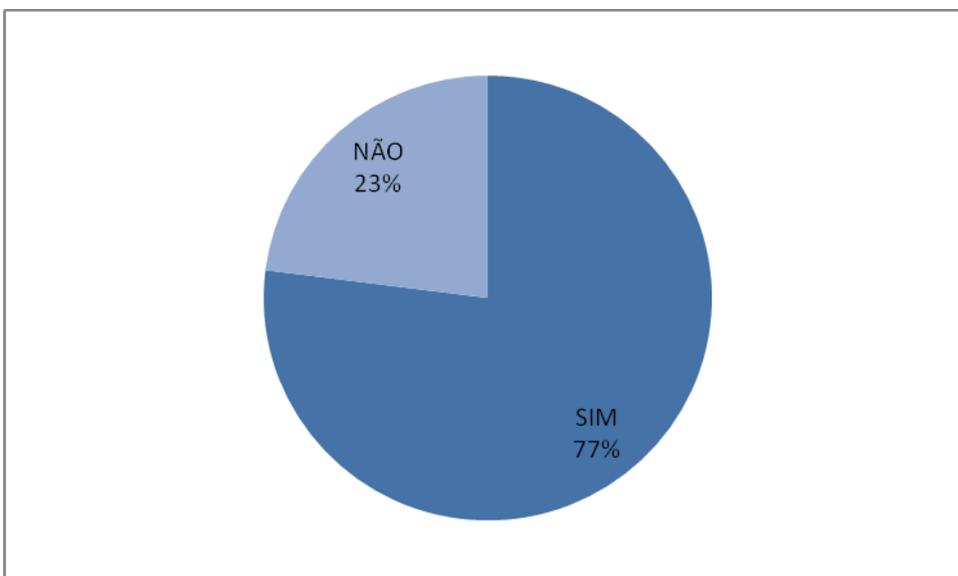
alguns asseguravam que sabiam que existia, mas não participavam das discussões. Até diferentes enfermeiros da mesma instituição, um afirmou que sim, outro não. O que se pode concluir é que alguns enfermeiros não tem interesse e são alheios às capacitações que são realizadas

É necessário para a construção do processo de humanização, que ocorra encontros habituais, discussões e reflexões entre profissionais e instituições para troca de experiências, frente às facilidades e dificuldades na construção do processo de humanização em busca de soluções para os conflitos. A ausência de um processo educativo contradiz a PNH (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Silva, Sousa e Marcelino (2008) evidenciam que a educação continuada tem grande importância para que prevaleça a boa qualidade da assistência humanizada, ressalta-se que o investimento na reciclagem dos funcionários os motiva a buscar o saber e a aprimorar as técnicas, e que a falta desse recurso causa decadência na assistência e nas inovações das técnicas na prática da assistência de enfermagem ao paciente.

Dentro das diretrizes da PNH está a preocupação com a qualificação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, entende-se que somente preparando-os para as atividades assistenciais e resolução das necessidades dos usuários, a humanização terá respostas mais significativas em termo de mudança do perfil dos trabalhadores (BRASIL, 2003).

5.2.5 F- De acordo com a realidade laboral é possível uma assistência de acordo com as diretrizes da humanização.



Margarida: *“Depende se houvesse um melhor incentivo da gestão, houvesse gerência própria tudo depende de Natal”, autonomia na questão de requerer insumos, demanda de trabalho.*”

Lírio: *“Não. Não conheço as diretrizes, mas a política não conhece a realidade, utópica e inviável.*”

Flor de Lis: *“Não. Porque para uma assistência de qualidade, reconhecimento é fundamental.*”

Copo de Leite: *“Não. Teria que haver mudança, da gestão à equipe como um todo. Mudança individual não surte efeito.*”

Petúnia: *“Não. Dentro da realidade do meu trabalho, impossível.*”

Hortência: *“Sim. Depende muitos dos gestores oferecerem condições dignas para realizar a humanização.*”

Gardênia: *“Sim. É possível, mas não 100%. Considero-me humano, mas algumas situações não consigo dar o meu melhor.*”

Flor de Laranjeira: *“Sim. No meu âmbito de trabalho oferece serviço de qualidade. Por trabalhar em dois hospitais particulares, tenho incentivo para humanização.*”

Frésia: *“Sim. É possível desde que o profissional queira fazer a diferença, comprometimento e reconhecimento dos profissionais.*”

Camélia: *“Sim. Com pessoas capacitadas e sensibilizadas para a demanda, preparadas para o acolhimento.*”

Lavanda: *“Sim. Possível, mas precisaria de muitas mudanças. Trabalhar os profissionais, entender o sentido do acolhimento e sua implantação, acham que aqui é carimbo e verificar pressão.*”

Os enfermeiros, quando indagados acerca da possibilidade de uma assistência de acordo com as diretrizes da humanização dentro do âmbito de trabalho, houve uma prevalência de “Sim” de 77% contra 23% que declararam que diante as condições de trabalho, há inviabilidade dessa prática. Pode-se inferir que a qualidade resulta de um comportamento positivo e comprometido dos colaboradores, em uma tentativa de sempre superar os desafios que a prática diária impõe. São vários os fatores que devem ser considerados para que mudanças sejam realizadas, como foram citados pelos enfermeiros, entretanto, antes de qualquer outra mudança, é preciso manifestar o desejo em fazer sua parte, independente das problemáticas vivenciadas.

5.2.5. Aplicação da PNH

Margarida: *“Fundamental seria aumento dos recursos humanos”*

Orquídea: *“Melhor incentivo da gestão. Serviço público tivesse mais autonomia; Valorização e incentivo de quem faz um bom trabalho.”*

Tulipa: *“Mais funcionários, maior atenção aos pacientes, maior tempo destinando à assistência.”*

Lírio: *“Amor à profissão, procurar uma religião para servir aos outros não com as mãos, mas com o coração.”*

Flor de Lis: *“Trabalho em equipe, preparada, humanizada, onde juntos encontrássemos soluções e fizesse disso um protocolo. Sala e local para fazer o acolhimento, onde podessemos fazer uma boa anamnese e exame físico, ofertando privacidade ao paciente. Incentivo para quem se capacitar.”*

Rosa: *“Sala com privacidade para atender o usuário. Profissionais mudassem o comportamento.”*

Copo de Leite: *“Melhoria na estrutura física, aumento do corpo profissional, insumos necessários.”*

Petúnia: *“Sem sugestões.”*

Girassol: *“Mobilização de todos os envolvidos, é preciso querer e fazer acontecer. Disponibilização de verba para compra de equipamentos, reforma do hospital, qualificação profissional e valorização da categoria.”*

Hortência: *“Educação continuada dos profissionais, tentar inculcar a idéia nestes.”*

Jasmim: *“Estímulo e valorização do profissional. É necessário humanização com os próprios profissionais.”*

Gardênia: *“Gestor conhecedor da política. Proximidade com as insatisfações dos profissionais e tentar minimizá-las. Teoria associada à prática.”*

Flor de Laranjeira: *“Investimento dos gestores, união e interesse da equipe de saúde.”*

Camélia: *“Humanização é utópica. Seria preciso mudar a rede assistencial. Mudar lá de cima, organizá-la. População saber o objetivo do hospital e o direcionamento do seu caso.”*

Lavanda: *“Que saísse do papel e fosse exercido com veracidade, dando realmente das condições de se fazer humanização.”*

Narciso: *“Mais autonomia para o enfermeiro na tomada de decisões. Somos subjugados aos médicos. Facilitar notícias aos familiares.”*

Pôde-se perceber que quando se fala em humanização, é sempre retomada a retórica sobre mudanças de comportamento por parte dos enfermeiros, organizacionais e de gestão. As reivindicações dos enfermeiros foram bastante pertinentes e os dados levantados indicam maior necessidade de educação permanente, participação mais efetiva da gestão, aumento do dimensionamento profissional, estratégias organizacionais da rede, aumento da ambiência, privacidade

e conforto aos pacientes, autonomia ao profissional enfermeiro, incentivo, valorização financeira e da categoria e resgate da motivação.

Os dados apontam que a gestão precisa de aprimoramento, estreitamento das relações interprofissionais, maior eficiência na comunicação e principalmente participação democrática dos profissionais, uma vez que participar ser ouvido em suas idéias e opiniões é uma expectativa básica do profissional. Foi notável uma forma de desabafo no tom das falas e que os profissionais não sentem suas queixas valorizadas.

É preciso atenção à importância de se ouvir os trabalhadores, identificando suas queixas e como podem colaborar no processo de melhorias. Atender às necessidades e expectativas dos clientes e garantir a satisfação profissional da equipe são ações que têm o potencial de atribuir qualidade à assistência de enfermagem (BARBOSA; MELO, 2008).

Toda mudança que envolve conscientização e sensibilização, demanda tempo e ação participativa dos atores envolvidos: trabalhadores, usuários e gestores. Implica a realização de mudanças políticas, administrativas e subjetivas, recursos materiais e mudanças ambientais (CASSATE; CORRÊA, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pesquisa, pode-se apontar que o maior percentual dos sujeitos estão na faixa entre 46 à 60 anos, correspondendo 44% dos entrevistados. A maioria dos respondentes são do sexo feminino, 89%; 56% são casados; 89% são especialistas, mas desse total apenas 17% com pós graduação em Urgência e Emergência; 56% dos enfermeiros com tempo de formação acima de 10 anos; 56% atua entre 1 - 3 anos no setor; 72%, possui renda acima de seis salários mínimos e 73% deles possuem mais de um vínculo empregatício.

Em relação ao nível de conhecimento da PNH, verifica-se que os conceitos da PNH não são de conhecimento da maior parte dos enfermeiros entrevistados.

Quanto à assistência humanizada que era prestada por estes, verificou-se um percentual de concordância de 61% avaliada como “Bom.”

Foram apontadas como as insatisfações mais prevalentes no setor de atuação, a desvalorização da categoria com 84%, seguida da sobrecarga de trabalho, falta de valorização financeira, dupla jornada de trabalho com 67%. Falta de insumos, falta de recursos humanos, falta de incentivo da gestão, demanda de usuários com 61%; 33% apontam a falta de trabalho em equipe, e outros descontentamentos 22%. Constatou-se que as problemáticas vivenciadas são aspectos que repercutem em insatisfações e que podem levar à desmotivação, queda da produtividade e a falta de prazer no trabalho, e que conseqüentemente distancia de uma assistência com bases na humanização.

Os enfermeiros, quando indagados acerca da possibilidade de uma assistência de acordo com as diretrizes da humanização dentro do âmbito de trabalho, houve uma prevalência de “Sim” de 77% contra 23% que declararam que diante as condições de trabalho, há inviabilidade dessa prática.

As reivindicações dos profissionais foram pertinentes e os dados levantados indicam maior necessidade de educação permanente, participação mais efetiva da gestão, aumento do dimensionamento profissional, estratégias organizacionais da rede, aumento da ambiência, privacidade e conforto aos pacientes, autonomia ao profissional enfermeiro, incentivo, valorização financeira e da categoria e resgate da motivação.

As hipóteses levantadas foram consolidadas com a realização da pesquisa, bem como o objetivo do estudo alcançado. O presente trabalho pôde contribuir no

sentido de identificar a humanização dentro processo de trabalho dos enfermeiros da Urgência e Emergência, possibilitando uma reflexão sobre os pontos negativos apresentados. À gestão os resultados dos dados subsidiam informações sobre os serviços fornecidos, podendo colaborar no planejamento de ações que possam minimizar os impactos da assistência refletidos pela realidade dos processos de trabalho dos enfermeiros. E aos profissionais, elementos para refletir sobre suas condições e possibilidades de trabalho, com vias de humanização.

Neste sentido, é importante que as organizações hospitalares possibilitem relações de trabalho saudáveis e humanizadas, com práticas de gestão que sejam norteadas pelos dispositivos da PNH e que ocorra a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, dentre eles usuários e trabalhadores.

Faz-se urgente que sejam tomadas as medidas para que efetivamente os trabalhadores tenham seus processos de trabalho respeitados e atendidas suas necessidades para o desenvolvimento dos mesmos. Desconsiderar tal condição impossibilita operacionalizar uma assistência humanizada, pois se a proposta é humanizar o atendimento, não é possível colocá-la em prática se o profissional que presta o atendimento não estiver em condição para tal. Profissionais insatisfeitos, em especial sua condição salarial, sem condições de trabalho adequadas, com cargas horárias estendidas por falta de profissionais ou como forma de complementar a renda, sem sentirem atendidas suas expectativas profissionais básicas, como seres humanos, movidos por contraprestação de sentimentos, dificilmente estarão dispostos a refletir e a praticar o que é considerado um atendimento humanizado.

REFERÊNCIAS

- ALVES et al. O trabalho interdisciplinar: Aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de Emergência. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n. 3, p.323-331 jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf> Acesso em: 15 abr. 2013.
- ANDRADE, L. M; CAETANO, J. A.; SOARES, E. Percepção das Enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev. Rene.** Fortaleza, v.1, n.1, p. 91 – 97, jan./jul. 2000. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/997/pdf> Acesso em: 12 mar.2013.
- AZEVEDO, A.L.C.S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.4, p. 73-64, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm> Acesso em: 22 mar. 2013.
- BARBOSA, L.R, MELO, A.C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.3 ,Jun/Jul, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300015&script=sci_arttext Acesso e: 20 out. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LTDA, 2009.
- BARRETO, I.S; KREMPEL, M.C; HUMEREZ, D.C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.4, p 251-254, 2011. Disponível em: revista.portalcofen.gov.br Acesso em: 10 nov. 2013.
- BATISTA et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfer. USP**, v.39, n.1, p.85-91, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf> Acesso em: 30 out. 2013
- BECK, C.L.C et al. **Os enfermeiros e a Humanização nos serviços de saúde de um município**. [2006].
- BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B.; BARRETO, R.S. - Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> Acesso em: 12 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: MS, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da sala de estabilização. componente da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único**

de saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/instrutivo_sala_estb.pdf Acesso em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf> Acesso em: 10 mar. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de humanização da atenção e gestão**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. **Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Legislações – GM- Brasus**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109379-2026.html> Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componente_hospitalardeurgencia.pdf Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011d. [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2527-\[5051-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2527-[5051-041111-SES-MT].pdf) Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**: Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da saúde, 2009b.64 p. (série B. textos Básicos de saúde).

CARVALHO, D.R; KALINKE, L.P.; Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, ano2, v.1, 2008.

CASSATE J.C.; CORRÊA A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 13, n.1, p.105-111, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692005000100017&script=sci_arttext Acesso em: 12 out. 2013.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO – COSEMS/SP. **Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Atenção as Urgências do SUS**. São Paulo: COSEMS, 2011. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-atencao-as-urgencias-rau/termo de referencia para a estruturacao da rau sp.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-atencao-as-urgencias-rau/termo%20de%20referencia%20para%20a%20estruturacao%20da%20rau%20sp.pdf) Acesso em: 17 abr. 2013.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ – COSEMS/PR. **Rede de atenção as urgências e emergências**. [2012]. Disponível em: [http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Teses/Rede de Atencao as Urgencias e Emergencias.pdf](http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Teses/Rede%20de%20Atencao%20as%20Urgencias%20e%20Emergencias.pdf) Acesso em: 17 abr. 2013

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html Acesso em: 17 maio 2013.

CORREIA et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá- Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14 n.1, Jan/ Mar. 2012. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf Acesso em: 3 nov. 2013.

COSTA, M. A.; CAMBIRIBA, M. S. Acolhimento em Enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Rev Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.3, p.494 – 502, jul./ set. 2010.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI E; J. C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Ed. Atlas, 1994.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext & pid=S1413-81232004000100002 & lng...](http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=pt) Acesso em: 30 out. 2013.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 1 ed. São Paulo: Yendis, 2008.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M.. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. [2004]. http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art7_perfildoenfermeiro.pdf Acesso em: 03 nov. 2013.

JESUS et al. Fatores Motivacionais para atuação do enfermeiro na área de Urgência e Emergência. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM (SENPE), 17º, 2013. **Anais...** MANAUS, 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1235po.pdf Acesso em: 10 nov. 2013

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A.L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta paul. enferm.**, v.19, n.2, p.271-278, 2006. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35965/000816440.pdf?sequence=1> Acesso em: 12 maio 2013.

LUMER, S.; RODRIGUES, P.H.A. Papel da saúde da família na atenção às urgências. **Rev APS**, v.14, n.3, p.289-295, jul./set. 2011.
MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, A. J.S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais.Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/REDE-DE-URGENCIA-E-EMERGENCIA-NORTE-MINAS-Estudo-de-Caso.pdf> Acesso em:

MARTINS et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis.v.15, n.3, p. 472-478, Jul-Set, 2006. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072006000300012&script=sci_arttext Acesso em: 10 nov. 2013.

MARTINS, et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidade de Desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, Jul- Set, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072006000300012&script=sci_arttext Acesso em: 03 nov. 2013.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C.. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf> Acesso em: 9 maio 2012.

MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Rev. Eletr. Enf.** , v.11, n.2, p.327-333, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm> Acesso em: 2 maio 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. **Nota Técnica nº 007/2010**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mp.mg.gov.br%2Fportal%2Fpublic%2Finterno%2Farquivo%2Fid%2F21389&ei=ukl1UfHSFPTJ4APx64CgAg&usg=AFQjCNHjRkyj678rb9lcc_6kQMv8mWqpw Acesso em: 10 maio 2013.

MONTEZELI, Juliana Helena. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oJulianaMontezeli.pdf> Acesso em: 22 abr. 2013.

NÓBREGA, B. F. M. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. 2006. 161f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf> Acesso em: 20 abr. 2013
PESSINE, Leo; BERTACHINE, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2006.

RIBAS, E. Política de humanização no estado de São Paulo. **Enfermagem Revista**. 2012. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/sites/default/files/06-artigo-humanizacao.pdf> Acesso em: 25 abr. 2013.

ROSCANI, A.N.; GUIRARDELLO, E. Demandas de atenção no ambiente de trabalho e capacidade de direcionar atenção do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.4, Jul/Ago.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_17.pdf Acesso em: 01 nov. 2013.

SECRETÁRIA DE ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL(Estado). **Manual da Humanização**. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/> Acesso em: 21 out. 2013
SILVA, A.G. ; SOUSA, T.T, MARCELINO, K. Assistência de enfermagem humanizada: dificuldades encontradas por enfermeiros em hospital privado de São Paulo. **ConScientiae Saúde**, v.7, n.2,p. 251-259, 2008 Disponível em : http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v7n2/cnsv7n2_3m.pdf Acesso em: 22 out. 2013.

SILVEIRA, P.A. Acolher Capecó In: FRANCO, Túlio Batista et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

SPRANDEL, L.I; VAGHETTI, H.H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. Eletr. Enf. Internet.**, v.14, n4, p 794-802, out/dez, 2012. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a07.htm>. Acesso em: 01 nov. 2013

STHAL, H. C.; BERTI, H. W. Identificação de indivíduos vulneráveis no entorno de um hospital universitário: conectando vulnerabilidade, solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, jul. 2011.

TRAESEL, ES, MERLO C.R. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do

Trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**,v.36, n.123, p.40-55, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a05v36n123.pdf> Acesso em: 1 nov. 2013.

VERGILIO, M. S.T.G; OLIVEIRA, N.R Considerações sobre a clinica ampliada no processo de Enfermagem. **Revista de Saúde Coletiva**, v.38, n. 7, p 61-66, 2010.
WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 15, p. 33- 38, jan./fev. 2005.

ZEM. K.K, MONTEZELI, J.H, PERES, A.M. Acolhimento com Classificação de Risco: Concepção dos Enfermeiros de Um Pronto Socorro. **Rev Rene.**, v.13, n.4, p.899-908, 2012
Disponível:<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1086>
Acesso em:12 out. 2013.

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa é intitulada A Humanização na Percepção dos Enfermeiros de Serviços de Urgência e Emergência da Cidade de Mossoró-Rn, e está sendo desenvolvida por Liz Christianne de Paula Maia, pesquisadora associada, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - sob a orientação da pesquisadora responsável professora Verusa Fernandes Duarte. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar a percepção dos enfermeiros acerca da prática da humanização em setores de urgência e emergência de Mossoró-RN. E como objetivos específicos: - Caracterizar a situação social e profissional dos entrevistados; Verificar a avaliação dos enfermeiros acerca da humanização na urgência e emergência; Analisar na opinião dos enfermeiros, a realidade laboral e a assistência de acordo com as diretrizes da Política Nacional Humanização.

A justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa advém da relevância da temática. Com os resultados da pesquisa, identificaremos prováveis fatores associados à depreciação do trabalho da enfermagem que refletem e se associam ao atendimento frio, impessoal e mecanizado desses profissionais, gerando forte insatisfação nos pacientes e familiares que buscam o serviço. Pode ser utilizado como parâmetro para a gestão hospitalar realizar as mudanças nos pontos negativos, a partir dessa percepção crítica - reflexiva do cenário da assistencial.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo apresenta risco mínimo, pois os benefícios superam os riscos físicos, psíquicos, moral, intelectual, social ou cultural.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O pesquisador responsável⁴ e o Comitê de Ética em Pesquisa⁵ estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivo (s), justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ____ / ____ / 2013

Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora responsável

Participante da pesquisa

⁴ Pesquisadora Responsável: Verusa Fernandes Duarte

Endereço profissional do Pesquisador: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000

Email do pesquisador: verusafd@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

⁵ **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

Formulário

1ª PARTE

1) Caracterização da amostra

a) Sexo

Feminino masculino

b) Idade

18 à 30 anos 31 à 45 anos 46 à 60 anos

c) Escolaridade

Superior completo

Pós graduação a nível de especialização na área de urgência e emergência

Pós graduação a nível de mestrado

Pós graduação a nível de doutorado

d) Renda

acima de 2 salários

acima 4 salários

acima de 6 salários

e) Estado civil:

Casado (a) Estável Solteiro (a) Viúvo (a)

f) Tempo de formação

Menor que cinco anos

Maior que cinco anos

Mais de dez anos

g) Tempo de atuação no setor

de 1 ano até 3 anos

de 3 anos a 6 anos

acima de 6 anos

h) Quantidade de vínculos empregatícios:

1 2 3 4 ou mais

2ª PARTE

2) Questões relacionadas à temática:

a) Você conhece a PNH? O que você sabe sobre essa política?

b) Como você considera a assistência humanizada por parte dos enfermeiros aos usuários do setor?

Ruim Regular Bom ótimo

Por que?

c) Liste quais insatisfações são mais prevalentes no seu setor de atuação?

Dupla jornada de trabalho

Demanda de usuários

Sobrecarga de trabalho

Falta de trabalho em equipe

- () Falta de valorização financeira
- () Falta de valorização da categoria
- () Falta de insumos materiais
- () Falta de recursos humanos
- () Falta de incentivo da gestão
- () Outros

d) De que forma as problemáticas que foram listadas exercem influência negativa na assistência e na humanização

e) Com relação a propagação da PNH pela gestão, existem capacitações, palestras e discursões que envolvam a temática da Humanização no seu âmbito de trabalho?

() SIM () NÃO

f) Diante da sua realidade laboral é possível uma assistência de acordo com as diretrizes da humanização?

g) Qual a sua sugestão para que a PNH tivesse maior aplicabilidade?

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/12 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6º Reunião Extraordinária realizada em 22 de Agosto 2013 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A HUMANIZAÇÃO NA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SERVIÇO DE URGÊNCIA DA CIDADE DE MOSSORÓ-RN", protocolo número: 152/13, CAAE: 19431013.3.000.5179 e Parecer do CEP: 394.614, Pesquisadora responsável: Verusa Fernandes Duarte e dos pesquisadores associados: Ana Cristina Arrais, Liz Christianne de Paula Maia e Thiago Enggle de Araújo Alves .

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/10/2013, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 12 de Setembro de 2013

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.


Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
Vice-Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE