



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os
enfermeiros no serviço de urgência e emergência.**

HUGO DE MEDEIROS GURGEL

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

Hugo de Medeiros Gurgel

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador:

Prof^a. Esp. Cláudia Maria Fernandes

Co-orientador:

Prof. Esp. Francisco Róbson Alencar de Lira

**CAJAZEIRAS - PB
2010**



G979h Gurgel, Hugo de Medeiros.
Humanização da assistência de enfermagem: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência / Hugo de Medeiros Gurgel. - Cajazeiras, 2010.
58f. : il. color.

Nao disponivel em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010.
Contem Bibliografia e Apendices

1. Humanização da assistência de enfermagem. 2. Atendimento de urgência. 3. Emergência. I. Fernandes, Claudia Maria. II. Lira, Francisco Robson Alencar de. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616-083

Hugo de Medeiros Gurgel

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Orientadora – UFCG/CFP/UACV)

Prof. Esp. Francisco Róbson Alencar de Lira
(Co-Orientador - HRC)

Prof.^a Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Membro – Examinador - – UFCG/CFP/UACV)

Dedico aos meus pais, meu avô Geraldo Gurgel (in memoriam) pela razão do meu existir e pela presença constante na minha vida; a minha noiva Izabel pela paciência e compreensão de toda minha ausência, e ao nosso filho(a) que dentro de alguns meses estará chegando a nossas vidas para completar a felicidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da existência e por todas as oportunidades a mim oferecidas.

Aos meus pais Aluizio Gurgel e Margareth Medeiros que fizeram de mim uma pessoa merecedora de tudo que conquistei e pelo esforço que fizeram para que chegasse até aqui.

A minha Orientadora Cláudia Fernandes pelo incentivo, e pelas palavras de apoio.

Ao meu Co-Orientador Francisco Róbson, que me acolheu de braços abertos sempre com o propósito de me ajudar durante esse percurso. Obrigado pela paciência, disponibilidade e pelas orientações.

Aos enfermeiros entrevistados pela disponibilidade a que se propuseram, para que esta pesquisa fosse possível de ser realizada.

A minha noiva Izabel Leite pela paciência e compreensão de toda minha ausência.

A minha irmã, Camila Gurgel, pelo incentivo à profissão.

A minha sobrinha Júlia Gurgel pelos momentos de alegria.

A toda minha família, tias (os), primos, avós e em especial ao meu avô Geraldo Gurgel (*in memoriam*) que onde ele estiver, com certeza estará enviando-me forças para superar todos os obstáculos.

Aos meus amigos de grandes aventuras, Sérvulo Augusto, Marcone César, Thiago Quirino e Diógenes Ferreira, responsáveis pelos momentos de descontrações.

Aos meus amigos de longa data Euri Gurgel, Hudson Lenormando, Ítalo José, e Júnior Delfino.

A todos meus amigos de Faculdade, em especial, Alan José, Jucianne Márcia, Luciana Oliveira, Mayanne Mara e Vlândia Pinheiro pessoas que dividi muitos momentos bons e ruins também.

A meus amigos também companheiros de moradia Antonio Augusto e Ulisses Neto, estiveram sempre prontos para ajudar e me suportar nos momentos de tensões ocasionados por este bendito trabalho.

A meu cunhado Kiko, pelos conselhos e incentivos.

A todos os professores, que me repassaram muito dos seus conhecimentos e experiências.

A todos meus amigos, que são muitos, aqueles que se fazem presentes e também aqueles que moram mais distantes.

A todos o meu muito OBRIGADO!

E o que o ser humano mais aspira é tornar-se ser humano.

Clarice Lispector

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANA – Associação Americana de Enfermagem

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEPE – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

Dr. – Doutor

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

Esp. – Especialista

f. - Folhas

HRC – Hospital Regional de Cajazeiras

IC – Idéia Central

Ms. – Mestre

PB – Paraíba

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

Prof. – Professor

Prof^a. – Professora

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USA – United States of America

V. Sa – Vossa Senhoria

LISTA DE TABELA

Tabela 01 – Dados sócio-demográficos dos participantes da pesquisa	35
---	----

LISTA DE FIGURAS

Quadro 01 – IC 01: Humanizar é cuidar de maneira holística.	36
Quadro 02 – IC 02: Humanizar é reconhecer a fragilidade do cliente.	37
Quadro 03 – IC 03: Humanizar é identificar prioridades de atendimento.....	38
Quadro 04 – IC 04: Humanizar é orientar adequadamente o cliente.....	39
Quadro 05 – IC 05: Humanizar é qualificar a assistência.....	40
Quadro 06 – IC 06: Humanizar é aproximar o profissional e o paciente	41
Quadro 07 – IC 07: Humanizar é reconhecer e atender as necessidades do cliente	42
Quadro 08 – IC 08: Humanizar é agir com resolutividade	43
Quadro 09 – IC 01: Falta interação entre a equipe.....	44
Quadro 10 – IC 02: O comodismo dos profissionais envolvidos na assistência	45
Quadro 11 – IC 03: Falta de tempo	46
Quadro 12 – IC 04: Excesso de atribuições	47
Quadro 13 – IC 05: Ausência da sistematização da assistência de enfermagem	48
Quadro 14 – IC 06: A demanda excessiva	48

GURGEL, Hugo de Medeiros. **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência.** Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 66f.

RESUMO

A humanização no atendimento às pessoas que procuram os serviços de emergência hospitalar tem sido abordada pela imprensa e pelos próprios usuários, com enfoque desanimadores. Este estudo teve como objetivos identificar o entendimento dos enfermeiros em relação à humanização da assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência, e apontar dificuldades vivenciadas por estes profissionais no que concerne a humanização da assistência no serviço. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do setor de Urgência e Emergência de um Hospital Regional do interior do estado da Paraíba. A população do estudo foi formada pelos enfermeiros que exercem suas funções no setor de Urgência e Emergência da instituição, sendo a amostra formada por 12 profissionais que participaram a uma entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados através da técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre; Lefèvre (2003). Os resultados possibilitaram conhecer o entendimento dos enfermeiros acerca da humanização emergindo as IC: humanizar é cuidar de maneira holística; reconhecer a fragilidade do cliente; identificar prioridades; orientar adequadamente o cliente; qualificar a assistência; aproximar o profissional e o paciente; reconhecer e atender as necessidades do paciente, e agir com resolutividade. Quanto às dificuldades apontadas na humanização da assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência surgiram como IC: falta de interação entre a equipe; os profissionais envolvidos na assistência; falta de tempo; excesso de atribuições; ausência da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e a demanda excessiva. Percebe-se que os enfermeiros possuem um entendimento sobre a temática, o que pode motivar cada vez mais ações que envolvam práticas de assistências humanizadas no serviço em questão. Tal potencial deve ser valorizado e aproveitado pelos profissionais e gestores no sentido de primar por melhores condições de cuidado em saúde, trabalho e gestão.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Humanização. Urgência e Emergência.

GURGEL, Hugo de Medeiros. **HUMANIZATION OF NURSING CARE**: what nurses say in the Urgency and Emergency services. Work completion of the Undergraduate Program in Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 66f.

ABSTRACT

The humanization of health care provided to people that goes to hospital emergency rooms has been approached by the press and the users something discouraging. This study aimed to identify the understanding of nurses in relation to the humanization of care health in the urgency and emergency and point out the difficulties experienced by these professionals regarding the humanization of the service. This is an exploratory-descriptive study with qualitative approach. The research was conducted within the sector of Urgency and Emergence of a Regional Hospital in the state of Paraíba. The population studied was formed by nurses that work in the Urgency and Emergency sector of the institution. The sample included 12 professionals who responded a semi-structured interview. The data were analyzed using the technique of analysis of the Discourse of the Collective Subject proposed by Lefevre, Lefevre (2003). The results enabled to know the nurses' perception about the humanization and emerged the CI: humanize is to care holistically; recognizing the frailty of the client; identify priorities; adequately guide the client; qualify the assistance; approximate the professional and patient; recognize and attend the patient's needs; and act with resoluteness. In relation of the difficulties highlighted in the humanization of nursing care in the Urgency and Emergency services arose as CI: lack of interaction between the nurse team and professionals involved in health care; lack of time; excess of tasks; lack of systematization of nursing care; and excessive demand. We realized that nurses have an understanding on the subject, which may increasingly motivate actions that involve practices of humanized assistance in the service. This potential should be valorized and used by professionals and managers with the intention to improve the conditions of health care, labor and management.

Keywords: Humanization. Nursing Care. Urgency and Emergency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Compreendendo o trabalho de Enfermagem no serviço de Urgência e Emergência.....	20
3.2 A Humanização do cuidar	24
3.3 Política Nacional de Humanização	26
4 METODOLOGIA	30
4.1 Tipo da Pesquisa	31
4.2 Local da Pesquisa	31
4.3 Participantes do Estudo	31
4.4 Coleta de dados	32
4.5 Instrumento	32
4.6 Análise dos Dados	33
4.7 Posicionamento Ético do Pesquisador	33
5 RESULTADOS E DISCURSSÃO	34
5.1 O conceito de humanização da assistência de enfermagem para os enfermeiros de urgência e emergência	36
5.2 Dificuldades apontadas pelos enfermeiros para humanizar a assistência de enfermagem na urgência e emergência	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	59
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável	
APÊNDICE C – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Participante	
APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados	
ANEXOS	64
Anexo A – Ofício encaminhado a o Hospital Regional de Cajazeiras – PB	
Anexo B – Certidão de aprovação emitida pelo CEP	

Ao longo da história a enfermagem vem se desenvolvendo, e a partir da Revolução Industrial teve um grande e importante impulso, em pesquisas, técnicas e novos conceitos que conquistou perante a sociedade; por outro lado, a ciência obteve um grande avanço a partir do momento em que se aliou à tecnologia, beneficiando-se dos princípios científicos e dos equipamentos mais simples aos mais sofisticados (RIBEIRO et al, 1999 apud BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

No conceito de Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006) as organizações hospitalares constituem sistemas complexos, constituídos por diversos setores e profissões, tornando-se instituições formadas por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que frequentemente desencadeia ansiedade, tensão física e mental. Outro fator que tende a agravar essas alterações emocionais encontra-se no fato do trabalho ser executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais, pois neste trabalho identifica-se uma compartimentação da pessoa a ser cuidada.

Tais fatores influem na transformação do profissional, que, ao deixar a formação acadêmica traz preceitos de humanização e cuidado e passam ser profissionais cada vez mais técnicos e menos preocupados com a humanização na assistência e no contexto do cuidado com o paciente.

Estudos de Andrade et al. (2009) apontam que muitas questões acerca da humanização no atendimento às pessoas que procuram os serviços de emergência hospitalar têm sido abordadas pela imprensa e pelos próprios usuários, com enfoques desanimadores como, por exemplo, a demora ou até mesmo atendimento inadequado por parte dos profissionais de saúde, área física inadequada, falta de material descartável, equipamentos e recursos humanos. Diante de tais abordagens há necessidade de compreender o significado de atendimento humanizado em seu enfoque conceitual.

Assim, sobre a humanização da assistência Morais et al. (2009), trazem que, à priori, humanizar significa acolher o paciente em sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente em sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente, a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro, afetuoso e terno.

Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006), apontam que a humanização do atendimento subsidia assistência, assim a humanização do ambiente de trabalho é um subproduto da necessidade de incorporar o amor nas relações profissionais e interpessoais, sendo ainda a capacidade de se colocar no lugar do outro, e assim a equipe passa a cuidar o cliente com respeito e dignidade.

Neste sentido, tem-se que a humanização está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. O assunto, também, é tema da Carta dos Direitos do Paciente e da Comissão Conjunta para Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe. Mais recentemente, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade. Para isto, é preciso valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade (ANDRADE, et al., 2009).

Com vistas a tais preceitos, buscando a percepção dos enfermeiros acerca da humanização do cuidar em enfermagem, identificando as dificuldades vivenciadas por estes profissionais no que concerne a humanização da assistência no serviço de urgência-emergência e mediante a vivência com a prática pré-profissional em âmbito desse setor possibilitada pela realização de estágio curricular em ambiente hospitalar, senti a necessidade de investigar o processo de humanização no contexto urgência-emergência, tendo por base a concepção dos próprios enfermeiros atuantes no serviço em relação ao tema em questão.

É importante salientar que além de vivenciar os problemas e desafios no setor de urgência e emergência, especialmente no que concerne a humanização, pude também participar de um encontro promovido por uma equipe do Hospital Regional de Cajazeiras com vistas à implantação de ações da Política Nacional de Humanização (PNH) no hospital, onde foram discutidos conceitos, planos e desafios, além de formar a equipe de implantação da política, o que, na verdade constituiu a motivação para realização do trabalho.

Diante destas implicações surgiram os seguintes questionamentos que norteiam a presente investigação:

O que os enfermeiros do serviço de urgência e emergência entendem por humanização na assistência de enfermagem? O que tais enfermeiros apontam como dificuldade para humanizar a assistência de enfermagem neste setor?

O presente estudo teve relevância para a Enfermagem no sentido de identificar as potencialidades e entraves apontados pelos próprios profissionais para a humanização da assistência, num setor dinâmico e extremamente rotativo em relação à permanência dos pacientes, o que dificulta, por vezes, a maior aproximação profissional – paciente.

Para a instituição hospitalar, o estudo foi valioso no que diz respeito à possibilidade de construir ferramentas para implementação de futuras ações que promovam a humanização de práticas assistenciais a partir do ponto de vista dos próprios enfermeiros envolvidos no processo de cuidar.

2.1 GERAL

- Identificar o entendimento dos profissionais enfermeiros em relação à humanização da assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da humanização do cuidar em enfermagem no serviço de urgência e emergência;
- Identificar as dificuldades vivenciadas por estes profissionais no que concerne a humanização da assistência no serviço de urgência e emergência.

3.1 Compreendendo o trabalho de Enfermagem no serviço de Urgência e Emergência.

Etimologicamente a expressão enfermagem vem da palavra *nurse* que originalmente significa aquela que nutre, que cuida de crianças e que por extensão, a que assiste o doente. O termo enfermeira, em português, é designado para as pessoas que cuidam dos *infirmus*, ou seja, daqueles que não estão firmes, como crianças, velhos e doentes (HADDAD, 2000).

Desde os primórdios da enfermagem, o cuidar é o processo primordial do trabalho, a este respeito, em meados de 1958 Florence Nightingale colocou que o objetivo da enfermagem era colocar o paciente na melhor condição para que a natureza pudesse atuar sobre ele, colocado-a assim como uma ciência ligada à arte e ao dom de disponibilizar meios para que o indivíduo possa se recuperar (SMELTZER; BARE, 2005).

Conforme estudos de Waldow (2001), o legado de Florence Nightingale, sem dúvida, se faz presente em toda formação acadêmica do profissional de enfermagem, e mostra-se marcado por uma dualidade: “disciplina, autoritarismo, organização por um lado; obediência, servilismo, docilidade por outro” (p.54). E ainda, aborda que a enfermagem é, por essência, desde o seu nascimento, expressa através do cuidado, para a garantia do alívio do sofrimento e manutenção da dignidade, em meio às experiências de saúde, doença, vida e morte.

De acordo com Horta (1979, p.03),

[...] o Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente.

Em contraponto a tais ideias, Tannure; Gonçalves (2009) apontam que, apesar da forte influência das teorias de Florence Nightingale, a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações práticas, de modo indutivo e não-sistematizado. Alguns enfermeiros acostumaram-se a exercer a profissão sob a ótica da centralização das ações mais na doença do que no cliente.

Em contra ponto assistência de enfermagem Morais et al. (2009) apontam que a enfermagem, como profissão da área de saúde que permanece mais tempo ao lado do cliente, tendo como objeto de trabalho o cuidado que procura estabelecer vínculo, promover o encontro, construir relações e conhecer o outro, deve ser uma facilitadora na promoção da saúde e do bem-estar biopsicosócioespiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de doença e hospitalização. Para tanto, o cuidado em enfermagem deve ser prestado de forma humana e holística e sob a luz de uma abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado aos seus clientes, vislumbrando uma assistência de qualidade.

No Brasil, somente nas últimas décadas do século XIX, é que inicia-se o processo de profissionalização da enfermagem. Assim, o cuidado tornado profissão deixa de ser executado pela afetividade expressa e espontânea, seja na forma de carinho ou na forma de agressão, como pode ocorrer no ambiente doméstico. O trabalhador de enfermagem é preparado para auxiliar na recuperação do doente ou assisti-lo em sua dor. Ao remunerar o cuidado prestado, espera-se qualidade e para isso é necessário além do domínio das técnicas media-lo por afetividade, nem que a expressão deste afeto seja uma representação necessária, pois um dos códigos internalizados pela enfermagem é a devoção e generosidade em relação ao paciente (HADDAD, 2000).

Assim, as práticas de cuidado podem ser consideradas como uma realidade histórica que, resultante de uma sucessiva montagem de discursos, filosofias de trabalho, pensamentos e políticas, passa a ser alimentada de frequentes contradições. Tais contradições podem influenciar as próprias condutas éticas do profissional, tornando-o, ao mesmo tempo, dinâmico, passional, ambivalente, passivo e intrigante (PINHO; SANTOS, 2008). A enfermagem constitui, portanto, uma profissão, bem como uma arte e um dom que abrange o processo de cuidar do outro, de forma a promover o bem-estar do indivíduo mediante um processo de doença.

O serviço de urgência e emergência têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. Estes aspectos, dentre tantos outros, estão implicados objetiva e subjetivamente na forma como é dada a dinâmica de trabalho nesse espaço e na maneira como os seres humanos sobrevivem a ela (PAI; LAUTERT, 2008).

É importante salientar que os profissionais da área de saúde, atualmente, possuem novos e grandes desafios diante da rápida transformação da sociedade, com novos problemas sociais, econômicos e políticos, que exigem do profissional novas maneiras de prestar, promover e de cuidar. Assim, para que o profissional atenda às necessidades deste contexto, precisa reconhecer que cuidado deve ser integral, pois o homem é o todo, sendo assim, a enfermagem precisa se conscientizar da necessidade urgente de retomar e reincorporar, com responsabilidade, o cuidado na prática assistencial, como forma de cuidar, conforme aponta Brasil (2002).

Neste sentido, para que o cuidado de enfermagem possa ser realizado de maneira coerente e com base nos preceitos de cuidado holístico ao paciente, o trabalho de enfermagem necessitou ser fragmentado para melhorar a organização e a produtividade do serviço, especializando os funcionários em executores de funções específicas, conforme aponta Haddad (2000).

Já com base no campo de atuação do enfermeiro em âmbito hospitalar, embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas em tal âmbito, é lá onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente. Ainda que haja longas filas de espera nos serviços públicos ambulatoriais, para citar apenas um dos problemas, quando o ser humano necessita de hospitalização, encontra-se fragilizado pelo processo de adoecimento, o que se agrava com a falta de humanização da assistência (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

No tocante os serviços de Urgência e Emergência, tem-se que a Associação Americana de Enfermagem (ANA) estabeleceu no ano de 1983 os “Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência”, classificando os enfermeiros de emergência em três níveis de competência: o primeiro nível requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo nível este profissional necessita formação específica em enfermagem de emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra hospitalar (WEHBE; GALVÃO, 2001).

No Brasil os serviços de emergência são a cada dia mais procurados, e em consequência, a demanda torna-se cada vez maior, o que, de certa forma, faz emergir a precariedade de tais serviços, evidenciada por corredores aglomerados,

falta de privacidade, conforto ou segurança, além da vulnerabilidade a infecções cruzadas (ANDRADE, et al., 2009).

Conforme aponta Wehbe; Galvão (2001), os enfermeiros que atuam em unidade de emergência devem em seus preceitos, aliar à fundamentação teórica a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Neste sentido, a constante atualização destes profissionais, é necessária pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônico na qual estão inseridos.

De acordo com Backes; Lunardi; Lunardi (2006), a filosofia das instituições hospitalares necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do trabalho, mediante o estímulo a participação e a comunicação efetiva, com qualidade em todas as dimensões, a saber: nas relações da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses, com os pacientes; incentivar a horizontalidade das relações, pautadas na liberdade de ser, pensar, falar, divergir e propor; e reconhecer o exercício da autonomia, ou seja, sujeito-sujeito.

Morais et al. (2009) apontam que a hospitalização é percebida como sendo uma experiência desagradável por quem a vivencia, uma vez que é permeada pelo medo do desconhecido, pela utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos e dolorosos, pelo uso de uma linguagem técnica e rebuscada que aumenta a ansiedade do ser doente no que tange a seu quadro patológico, pela inquietação em estar em um ambiente estranho de estruturas rígidas que o descaracteriza, partilhando o mesmo espaço físico com pessoas fora de seu convívio familiar e ainda pela preocupação com sua evolução clínica.

Assim, com base nos princípios de humanização da assistência, mesmo em instituições detentoras de equipamentos modernos, permanece a necessidade de profissionais que desenvolvam as habilidades emocionais, e que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano, evitando prestar um cuidado tecnicista, mas preparados para oferecer um cuidado com compaixão ao cliente, sem exploração, domínio ou desconfiança (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006). Esse cuidado tecnicista é um problema a ser enfrentado especialmente pelas instituições formadoras, tendo em vista que é na formação

profissional que o indivíduo adquire bases que são levadas durante toda a sua vida profissional.

De acordo com Arone; Cunha (2007) defende-se a necessidade do profissional enfermeiro desenvolver competências para avaliação tecnológica, como ferramenta necessário para o gerenciamento da assistência de enfermagem mais humanizada, com qualidade, eficácia, efetividade e segurança. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve estar em permanente processo de capacitação técnica, aprendendo e pesquisando, conhecendo as novas tecnologias, identificando seus conceitos, além de ser um profissional competente para a integração e aplicação dos mesmos, na incorporação, na utilização e avaliação tecnológica dos produtos de seu serviço e área de atuação.

Em suma, Fortes (2004) traz que, se a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde na década de 1980 foram marcados pelos princípios da eficácia, otimização e eficiência, a partir dos anos 1990 são incorporadas as noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário. Neste bojo se situa a humanização da atenção à saúde.

Os serviços de emergência hospitalar, em seu caráter eminentemente de urgência e emergência, constituem um ambiente de muita tensão e estresse, onde as especificidades de tal ambiente induzem os trabalhadores a se posicionarem de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada, conforme aponta Andrade et al. (2009).

3.2 A Humanização do cuidar

Ultimamente tem-se observado um aumento considerável sobre discussões e aprimoramento nas ações destinadas a promover a humanização da assistência hospitalar, com o respaldo do Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a Política Nacional de Humanização (PNH) (CARDOZO; FERREIRA; SOUZA, 2008).

Para Deslandes (2004) O termo humanização tem sido bastante empregado no contexto atual de saúde, apesar de ainda sem definição clara, designa uma assistência de qualidade que valorize não só a parte técnica e estrutural, mas também a relação no atendimento ao paciente, norteando uma nova práxis.

Ayres (2005), diz que a humanização pode ser compreendida por uma visão filosófica, no sentido de como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum.

Segundo Dicionário Aurélio (2010), humanização pode ser compreendida como o ato de tornar humano, afável e benévolo, no sentido de fazer e adquirir hábitos polidos e civilizados.

Tornar uma assistência humanizada é revelar os valores que constituem o ser humano como pessoa de forma abrangente e completa (BRITO; CARVALHO, 2010).

De acordo com Smeltzer; Bare (2005) o paciente que procura cuidado para um problema de saúde também é um indivíduo, um membro de uma família e um cidadão da comunidade, ou seja, é uma pessoa, um ser humano dotado de vontades, desejos e sentimentos que devem ser respeitados.

Já segundo Backes; Lunardi; Lunardi (2006), perceber o outro requer uma atitude profundamente humana, assim, reconhecer e promover a humanização, à luz de considerações éticas, demanda um esforço para rever atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado do paciente, o que também está enraizado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), evidenciando expressão de sistema de valores e moralidade de um grupo, pressupondo a imposição destes valores e não o seu questionamento. Já, quanto aos valores da profissão de enfermagem, o CEPE, no artigo terceiro, norteia a prática profissional para o respeito à vida, a dignidade e aos direitos da pessoa, sem qualquer discriminação.

Deste modo, na prestação de cuidados ao paciente, exige-se do enfermeiro expressão de afeto na medida em que na relação constante com o paciente, lida-se com sua dor, sua dependência e sua intimidade. Em contraponto, tal cuidado é mediado por pelo menos três fatores complicantes e interrelacionados, tais como: o salário, que é a fonte de sobrevivência do trabalhador; o fantasma da perda do paciente, seja por alta ou por óbito; e a obrigação de se mostrar frente ao paciente sempre como profissional, não lhe sendo permitido expressar preferências ou recusas, atração ou repulsa, por este ou aquele paciente (HADDAD, 2000).

Sobre a humanização da assistência, Oliveira; Collet; Vieira (2006) apontam que o propósito ou meta de humanizar, em todos os sentidos apontados, mais

objetivamente no caso da saúde, implica aceitar e reconhecer que nessa área e nas suas práticas, em especial, subsistem sérios problemas e carências de muitas das condições exigidas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde da humanidade, tanto por parte dos organismos e práticas estatais, como da sociedade civil.

3.3 Política Nacional de Humanização

Historicamente, tem-se, de acordo com estudos de Fortes (2004), que a reflexão sobre práticas humanizadoras em saúde se inicia nos anos 1970 por meio da discussão e luta sobre os “direitos do paciente”. A primeira declaração de direitos dos pacientes a ser reconhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital Mont Sinai, em Boston/ USA, em 1972. Um ano depois, a Associação Americana de Hospitais lança a *Patient's Bill of Rights* [Carta dos Direitos dos Pacientes], que foi posteriormente revisada em 1992. De grande importância para a fundamentação sobre a humanização na saúde foi a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, co-patrocinada e organizada pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF, que aconteceu em Alma-Ata, capital do Kazaquistão Soviético, de 6 a 12 de setembro de 1978.

No Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde traz diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (Lei federal 8080/90, art. 7º, III, IV e V). Outras normas legais também dispuseram sobre tópicos relacionados à humanização da atenção à saúde como o Estatuto da Criança e do Adolescente, entre outros.

No campo das políticas públicas de saúde, a humanização diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando uma real e também necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores, como também deste último entre si (PEREIRA; BARROS, 2009).

Preocupados com a realidade dos déficits na humanização da assistência, o Ministério da Saúde criou em 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, e mais tarde, em 2002 implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão à Saúde no Sistema Único de Saúde, como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente em que a humanização pode ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, assim, os usuários, os trabalhadores e os gestores. De acordo com essa política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BECK, et al., 2009).

Assim, a proposta do HumanizaSUS apresenta algumas diferenciações com as anteriores ao incorporar no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do “cuidar do cuidador”, a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras. Com isto, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social (FORTES, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) aponta que humanizar o atendimento não é somente chamar o paciente pelo nome, bem ter um sorriso nos lábios constantemente, é ir além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente. Humanizar também é, além do amparo fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente, e valorizar, no sentido antropológico e emocional todos os elementos implicados no evento assistencial. Na realidade, a humanização do atendimento em seu sentido mais amplo, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação em pessoas.

De acordo com Brasil (2010), na perspectiva dos trabalhadores, humanização da saúde tem relação direta com a valorização do trabalho e do trabalhador mediante a democratização das relações de trabalho, o que se faz substantivamente pela inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão; e enfrentar temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho, como a sub-remuneração, as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho, a

ambiência degradada, as condições de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam. Enquanto que na perspectiva dos usuários, a questão da humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, tomando concretude sob duas questões: a baixa responsabilização e a descontinuidade no cuidado e nos tratamentos.

Brasil (2002) aponta como resultados almejados da implantação da Política Nacional de Humanização: redução das filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral; as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral; as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros); - serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

É ainda importante salientar que a Política Nacional de Humanização toma cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde: acolhimento, gestão democrática, clínica ampliada, valorização do trabalho, além de garantir os direitos dos usuários. Assim, a produção de saúde se faz na justa medida da produção corresponsabilizada do cuidado, que significa produção ativa de saúde entre os sujeitos, trabalhadores e equipes–usuários e sua rede sócio-familiar (BRASIL, 2002).

Para Backes; Lunardi; Lunardi (2006), a humanização requer o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana de sujeitos que integram as instituições, e reconhecimento dos limites profissionais. Diante de tal processo, o profissional terá condições de compreender sua condição humana e sua condição de cuidador de outros seres humanos, respeitando sua condição de sujeitos, sua individualidade, privacidade, história, sentimentos, direitos de decidir quanto ao que deseja para si, para a sua saúde e seu corpo.

Segundo Oliveira; Collet; Vieira (2006) se tivesse que resumir a missão de humanização num sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é apenas “amenizar” a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote.

Entretanto deve-se considerar que, apesar do caráter amplo desta política de humanização, alguns autores afirmam que, muitas vezes, a tentativa de implantação se restringe a ações isoladas como melhoria nas condições do espaço físico e circulação de pessoas, realização de grupos com pacientes portadores de alguma patologia ou treinamento de funcionários encarregados da recepção com o objetivo de melhorar o atendimento aos pacientes dos serviços.

Assim, acredita-se que a enfermagem possua um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde, seja na assistência direta aos usuários, na educação em serviço com os membros da equipe ou na gestão dos serviços de saúde, uma vez que, em geral, importante percentual desta equipe é composta por trabalhadores da enfermagem que permanecem mais tempo em contato com os usuários (BECK, et al., 2009).

4.1 Tipo da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida de forma a caracterizar-se por exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, objetivando melhor traduzir o entendimento da assistência humanizada sob a ótica dos enfermeiros.

Para Gil (2002 apud SOUZA; FIALHO; OTANI, 2007), a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema no intuito de explicitá-lo ou construir hipóteses. Demanda levantamento bibliográfico, entrevistas, análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A pesquisa descritiva busca descrever com exatidão os fatos e fenômenos de uma determinada realidade, fazendo com que se busque uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar (FIGUEIREDO, 2007).

Neste sentido, Minayo (2002, p.21), aponta que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, assim, “[...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do setor de Urgência e Emergência do Hospital Regional de Cajazeiras - PB que funciona em administração tripartite, com participação do Estado, Município e Universidade Federal de Campina Grande, através do Campus de Cajazeiras - PB.

4.3 Participantes do Estudo

A população do estudo foi formada pelos 25 enfermeiros que exercem suas funções no setor de Urgência e Emergência da instituição de saúde anteriormente mencionada.

A amostra foi composta por acessibilidade, possuindo 12 (doze) sujeitos.

Nas amostras por acessibilidade o pesquisador seleciona os sujeitos da pesquisa de acordo com a sua facilidade de acesso ao entrevistado. Por isso, esse

tipo de amostra não é exigido um grau elevado de precisão (GIL, 2005 apud FONSECA, 2009).

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Assim, de posse do parecer positivo a pesquisa se deu com base em 15 (quinze) visitas a instituição escolhida, com vista a colher a maior quantidade de dados possíveis, tendo como cenário a atuação dos enfermeiros em plantões.

Deste modo, cada enfermeiro pôde ser entrevistado individualmente dentro do seu ambiente de trabalho, sem interferir em suas práticas laborais.

Para uma melhor apreensão dos dados, estes foram colhidos através da gravação em sistema digital *mp3 player* para garantir maior fidelidade aos discursos dos participantes e possibilitou maior espontaneidade em suas falas.

Neste sentido Triviños (1994, p. 146) aponta que este tipo de entrevista valoriza a presença do pesquisado, “oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

4.5 Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta dos dados correspondeu a um roteiro de entrevista semi-estruturado.

Deste modo, o roteiro de entrevista contou com a identificação do participante, onde tem-se dados sócio-demográficos e de formação profissional, bem como questionamentos inerentes a temática da pesquisa que contemplam as seguintes perguntas:

- 1) O que você entende por humanização na assistência de enfermagem?
- 2) O que você aponta como dificuldade para humanizar a assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência deste hospital?

4.6 Análise dos Dados

A técnica de análise dos dados deu-se a luz da metodologia de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre; Lefèvre (2003).

Em tal metodologia, as respostas dos sujeitos são lidas, analisadas e posteriormente serão identificadas as ideias centrais, que segundo os autores constituem nome ou expressões que revelam e de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados. Já as expressões-chave, constituintes da ideia central serão também identificadas. Após esse processo categorizam-se os grupos de sujeitos que possuem a mesma percepção e a mesma representação sobre um determinado tema, construindo um único discurso com a união das expressões chaves destacadas no discurso de cada sujeito, para assim dispor da análise destas conforme a bibliografia estudada.

4.7 Posicionamento Ético do Pesquisador

A pesquisa seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que condiz ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), baseada nos princípios da beneficência, do respeito à dignidade e da justiça, que norteiam o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras – PB, onde foi analisado e aprovado sob parecer de número 602102010.

Nesta etapa do estudo os resultados são apresentados de acordo com os propósitos da pesquisa.

Inicialmente contemplou-se os dados sócio-demográficos referentes aos sujeitos participantes do estudo. Na sequência são apresentadas as informações compiladas inerentes aos questionamentos que correspondem à temática da pesquisa. Embasados na técnica de análise denominada Análise do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre; Lefèvre (2003) que se caracteriza pela tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos dos enfermeiros entrevistados.

Tabela 01- Dados sócio-demográficos dos participantes da pesquisa.

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	10	83,3
Masculino	02	16,7
Idade		
25 – 29	08	66,7
30 – 34	-	-
35 – 39	01	8,3
40 – 44	01	8,3
45 - 49	02	16,7
Pós - Graduação		
Sim	09	75
Não	03	25
Pós – Graduação Urgência e Emergência		
Sim	02	22,2
Não	07	77,8
Tempo de Trabalho na Instituição		
Menor que 1 ano	04	33,4
1 – 2	06	50,0
3 – 4	01	8,3
5 ou mais anos	01	8,3
Total	12	100

De acordo com a tabela 01, observou-se a predominância do sexo feminino (83,3%), masculino (16,7%), com faixa etária de 25 a 29 anos (66,7%); 30 a 34 (não constou); 35 a 39 anos (8,3%); 40 a 44 anos (8,3%); e 45 a 49 anos (16,7%). Quanto a grau de formação 75% dos participantes afirmam possuírem pós - graduação e deste, apenas 22,7% são em Urgência e Emergência. Em relação ao tempo de

trabalho na instituição 33,4% dos enfermeiros tem (menos de 1 ano); 50,0% entre (1 e 2 anos); 8,3% entre (3 e 4 anos); e por fim 8,3% (5 ou mais anos).

5.1 O conceito de humanização da assistência de enfermagem para os enfermeiros de urgência e emergência

Ao desenvolver a análise dos dados coletados utilizando a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, foram identificadas as idéias centrais e os discursos do sujeito coletivo referentes às duas questões que norteiam o estudo. No tocante a questão “o que você entende por humanização da assistência de enfermagem?” emergiram 08 (oito) ideais centrais com o mesmo número de discursos do sujeito coletivo que são apresentadas na sequência:

Quadro 01 – IC 01: Humanizar é cuidar de maneira holística.

Ideia Central 01	Discurso do Sujeito Coletivo 01
Humanizar é cuidar de maneira holística	<p><i>“...ver o paciente como um todo, não como um simples portador de uma patologia, ver ele [...] e também tratar ele como um ser humano né, tem seus defeitos, qualidades e também suas patologias, levando em consideração tudo que ele apresenta, sua vida, tem as suas dificuldades, tem suas qualidades, dando assistência de uma forma geral em tudo que o paciente precisa e não só no problema que ele tá apresentando, é [...] holística, que tem uma visão integral do usuário, do paciente em todas as suas formas, enfim, é o sentido de você valorizar o ser humano[...] Ver o paciente como um todo, às vezes ele precisa além do atendimento [...] técnico além daquele procedimento, ele precisa de uma atenção, você escuta a queixa dele, e atender da melhor forma possível...”</i></p>

No quadro 01, foi possível perceber que os profissionais que participaram do estudo reconhecem que há uma necessidade de entender o paciente de uma maneira ampla, nos mais diferentes contextos e situações, não só suas limitações fisiológicas, assegurando a visualização do seu lado emocional, comportamental e social. Percebe-se também que o enfermeiro do serviço de urgência e emergência, apresenta uma visão holística do paciente, o que condiz com o real sentido da humanização da assistência de enfermagem.

Neste sentido, Silva et al. (2010), afirmam que holístico é relativo ou próprio de holismo, que da preferência ao todo ou ao completo, e não da análise das separações das respectivas partes componentes. Busca tudo abranger, que é totalizante. Humanizar é cuidar do cliente como um todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando os seus valores, esperanças, crenças, aspectos culturais e as preocupações de cada um.

Completando essa idéia, Pinho, Siqueira e Pinho (2006), enfatizam que todo cidadão tem direito a uma assistência global, onde o profissional de saúde, em questão o enfermeiro, deve ter uma visão holística. Assim sendo, a relação entre o enfermeiro e o paciente deve discorrer de tal forma que sejam considerados os aspectos emocionais, econômicos e culturais, onde o diálogo entre paciente e enfermeiros é primordial. Esta assistência proporciona tanto o bem-estar físico como mental e ambiental, permitindo a atuação do profissional, também na prevenção de doenças, e desta forma, é possível perceber a importância do conhecimento da integralidade, por parte dos profissionais de saúde, na Rede Hospitalar.

Quadro 02 – IC 02: Humanizar é reconhecer a fragilidade do cliente.

Ideia Central 02	Discurso do Sujeito Coletivo 02
Humanizar é reconhecer a fragilidade do cliente	<p><i>“...saber entender o momento, porque muitas vezes o paciente chega é revoltado [...] com tantas outros problemas e infelizmente a enfermagem tá ali, até muitas vezes como saco de pancada né, mas ai você saber compreender essa situação, saber e entender que depois daquele momento, com certeza, o paciente vai sair e ele vai refletir e ver que agiu de uma forma errada [...] ele chega, num serviço de saúde, ele chega bastante fragilizado né, devido a doença ou por outros motivos...”</i></p>

É de fundamental importância que o enfermeiro tenha esta sensibilidade, de compreender o paciente que vive o processo de saúde-doença, entendendo que é preciso flexibilidade quando se envolve relações com determinados grupos de pessoas. O paciente chega bastante fragilizado com a patologia, e demais problemas de ordem pessoal e se depara num ambiente totalmente diferente daquele em que estava inserido; é preciso que o enfermeiro faça a sua parte, para que depois o paciente se restabeleça e passe a analisar suas atitudes. Devemos

lembrar que a equipe de enfermagem por ter mais contato com o paciente pode por muitas vezes estar exposta a situações de aborrecimento por parte da clientela.

A humanização do atendimento por parte dos profissionais de enfermagem nos hospitais envolve observar todos os aspectos ligados ao adoecer, o respeito aos temores, crenças e fragilidades dos pacientes e de seus familiares. Aumentar a integração da equipe técnica com os usuários, promover uma diminuição na angústia e na tensão, constituem meios eficazes para se mudar a impressão prevalente da população sobre os hospitais, fazendo com que os usuários passem a ver o hospital como um lugar que tenta oferecer condições para a manutenção de uma boa saúde ou a sua recuperação (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Para Oliveira (2001, apud BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004),

“humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.”

Neste sentido, a enfermagem e o enfermeiro que estão no contato imediato junto ao usuário do serviço de urgência e emergência devem rever diariamente suas práticas e construir relações de troca no qual a identificação com o sofrimento e a dor fortaleçam os vínculos e colaborem para uma assistência mais humana.

Outra idéia central observada na pesquisa foi a que refere ao quadro 03.

Quadro 03 – IC 03: Humanizar é identificar prioridades.

Ideia Central 03	Discurso do Sujeito Coletivo 03
Humanizar é identificar prioridades de atendimento	<i>“...a gente tenta priorizar [...] o atendimento, as pessoas que precisam é ser atendidas com mais rapidez, com mais atenção, saber priorizar o paciente no momento que ele chega e direcionar para o serviço especializado adequado...”</i>

O discurso do sujeito coletivo 03 enfatiza um importante ponto envolvido no conceito de humanização da assistência em saúde, que é a identificação de

prioridades entre os pacientes que buscam o atendimento de urgência e emergência priorizando aqueles que apresentam um maior grau de gravidade-dependência.

Esta idéia está respaldada no conceito de acolhimento com classificação de risco que o Ministério da Saúde em seu módulo HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde 2004 propõe para os diversos serviços de atenção em saúde. Tal abordagem é enfatizada para os serviços de urgência e emergência em se tratando de prioridade.

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2010), diz que o acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política de Humanização, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critérios de risco. É um processo dinâmico que consiste em identificar o risco / vulnerabilidade do usuário, na perspectiva do processo de enfermagem, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário.

Deve-se observar que a avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL 2004).

Quadro 04 – IC 04: Humanizar é orientar adequadamente o cliente

Ideia Central 04	Discurso do Sujeito Coletivo 04
Humanizar é orientar adequadamente o cliente	<i>“...Dando toda explicação necessária, como diz a palavra mesmo, de forma humanizada, em tudo que o paciente necessita, dando as orientações de acordo com as necessidades do paciente...”</i>

A IC 04 e seu respectivo DSC denotam que humanizar é colaborar com a melhora da condição de saúde do paciente por meio de um processo de orientação que contemple sua necessidade.

Neste sentido, BEDIM; RIBEIRO; BARRETO (2004, pg. 403) afirmam que:

“o paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêutica, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existir necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais órgãos do corpo serão afetados pelo procedimento.”

Quadro 05 – IC 05: Humanizar é qualificar a assistência

Ideia Central 05	Discurso do Sujeito Coletivo 05
Humanizar é qualificar a assistência	“...A humanização [...] é você prestar assistência de qualidade, o profissional presta seus serviços com qualidade, segurança, uma forma de qualificar a assistência de enfermagem...”

Observando os DSC 05 em que humanizar é prestar uma assistência de qualidade, remete-se a pensar, que o enfermeiro necessita estar em constante aperfeiçoamento para prestar uma assistência de enfermagem segura, adequada a demanda do cliente.

Neste contexto, Santos et al (2002, apud BEDIN; RIBEIRO; BARRETO 2004) defende que:

“a importância da qualidade da assistência de enfermagem nesse momento é capaz de contribuir para avaliar a tensão, ao transmitir para o cliente informações que lhe permitam enfrentar a situação em que se encontra com menos temor”.

Para Cunha; Barros (2005), a qualidade da assistência de enfermagem age beneficiando tanto o paciente, através de um atendimento individualizado; assim como a enfermeira, mostrando a importância do processo de enfermagem.

Santos (2002), ressalta que a qualidade e humanização caminham juntas, numa filosofia de ação solidária que deve estar sempre presente em qualquer empresa, inclusive no hospital, tendo como objetivos diminuir a oportunidade de erros, reduzir a existência de culpados e oferecer ao doente um tratamento

apropriado a cada caso, no momento oportuno e de acordo com os recursos disponível.

A qualidade da assistência de enfermagem também envolve o risco relativos ao processo de cuidar. O Código de Ética dos profissionais de enfermagem (Resolução COFEN 311 / 2007), no capítulo I, artigo 12º que afirma que é de responsabilidade da nossa profissão “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Para Bezerra et al (2007), hoje a assistência de enfermagem prestada nos serviços de urgência e emergência exige de nossos profissionais eficiência e rapidez. Assim almeja-se não só o aprimoramento das habilidades motoras dos enfermeiros, mas a melhora da qualidade dos cuidados prestados e humanização do atendimento, levando a busca de conhecimentos científicos bem mais profundos. Nestas unidades de alta rotatividade exigem dos profissionais uma assistência rápida, com resolutividade e eficiência, para que assim promova um cuidar com qualidade.

Quadro 06 – IC 06: Humanizar é aproximar o profissional e o paciente

Ideia Central 06	Discurso do Sujeito Coletivo 06
Humanizar é aproximar o profissional e o paciente	<p><i>“...é você ter um contato com o paciente, é você poder tratar o paciente pelo nome, nos colocar ao lado do paciente, do outro lado [...] ele precisa de uma atenção, você escuta a queixa dele, e atender da melhor forma possível, você tem que se colocar no lugar do outro né, ser empático [...] você atende bem, você quer dar o melhor de si, você quer dar o que você quer receber...”</i></p>

Na IC 06 e DSC respectivo percebe-se que a Interação é aspecto importante envolvido no conceito de humanização, dependente da interação com o paciente, da capacidade do profissional de fazer o paciente se sentir parte do processo.

O comprometimento do trabalhador com o usuário, evidenciado no DSC apresentados acima, remete para o exercício da responsabilidade, da preocupação e empenhos dedicados ao usuário.

Leite, Nunes e Beltrame (2010), ressaltam que na prática da enfermagem deve existir um pouco mais de contato pessoal, fornecendo aos seus pacientes/clientes, além da assistência profissional, o carinho, a atenção e a responsabilidade, o que repercutirá na assistência com qualidade.

No DSC em questão houve destaque para a necessidade do enfermeiro demonstrar atenção, carinho, respeito e, principalmente, empatia com o usuário.

Assim, o enfermeiro entende que se colocar no lugar do paciente pode favorecer a humanização da assistência. A empatia empregada na assistência implica em se importar e entender o usuário, o que remete ao estabelecimento de vínculos solidários entre os diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, mencionado na PNH como importante fator para a Humanização do SUS (BECK, et al. 2009).

Quadro 07 – IC 07: Humanizar é reconhecer e atender as necessidades do cliente

Ideia Central 07	Discurso do Sujeito Coletivo 07
Humanizar é reconhecer e atender as necessidades do cliente	<i>“...atender as necessidades dele, saber identificar suas necessidades, os cuidados prestados é [...] de acordo com as necessidades do paciente de um modo geral, reconhecer as suas necessidades básicas de todas as formas...”</i>

Observa-se com a IC e DSC 07 que atender as necessidades do paciente, seja de uma forma geral ou específica, constitui-se uma maneira de entender a humanização da assistência de enfermagem.

Este modo de pensar é apontado por Horta (1979, p. 29) na sua construção do conceito da enfermagem no qual defende que:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.

Neste mesmo sentido Rodrigues; Maria (2009), afirmam que dar assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo

independente desta assistência, quando possível, é uma tarefa da enfermagem enquanto profissão. Tais medidas se dão pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Para Horta (1979, p.39), as Necessidades Humanas Básicas, “estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios dos fenômenos vitais”, requerem do enfermeiro assistência profissional junto ao indivíduo, família e comunidade.

Tal entendimento reforça que o objetivo da enfermagem enquanto profissão e do enfermeiro enquanto profissional é o atendimento das necessidades básicas dos usuários de seus serviços em relação as suas demandas de saúde, o que se aplica a humanização dos serviços de urgência e emergência.

Quadro 08 – IC 08: Humanizar é agir com resolutividade

Ideia Central 08	Discurso do Sujeito Coletivo 08
Humanizar é agir com resolutividade	<i>“...dar atenção ao paciente e dar uma resolutividade ao problema dele, é poder resolver aquilo que o paciente chega sentindo na instituição...”</i>

A IC e DSC 08 denotam que a assistência humanizada é a ação do profissional enfermeiro na resolução das demandas da clientela, diretamente ligado ao cuidado do paciente.

Brasil (2009), defende que ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

Neste sentido, Beck et al (2009), afirmam que a produção de saúde embasada na integralidade da assistência, repercute diretamente na resolutividade, qualidade e humanização dos serviços de saúde.

A PNH aponta que o agir com resolutividade deve ser compreendido como uma postura ética, uma ação de escuta, com garantia de atendimento e com poder de intervenção nas relações de profissionais e usuários. O profissional vai escutar as queixas, as expectativas, identificar o risco e se responsabilizar para uma resposta o problema (BRASIL, 2009). Isto se torna importante como prática de humanizar o cuidado de enfermagem em urgência e emergência.

5.2 Dificuldades apontadas pelos enfermeiros para humanizar a assistência de enfermagem na urgência e emergência

No que se refere à questão norteadora “o que você aponta como dificuldade para humanizar a assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência deste hospital?” Emergiram 06 (seis) ideais centrais com o respectivo número de discursos do sujeito coletivo que são apresentadas a seguir:

Quadro 09 – IC 01: Falta interação entre a equipe

Ideia Central 01	Discurso do Sujeito Coletivo 01
Falta interação entre a equipe	<p><i>“...Fica difícil para o profissional agir de uma forma e outro profissional, de outra categoria, mais que faz parte da equipe que tá ali prestando assistência, mas de uma forma totalmente diferente, então não há uma sintonia no momento dá dessa interação entre profissional e paciente. A forma como a equipe trabalha; a questão, eu diria a desunião da equipe mesmo, principalmente de enfermagem, porque existe problemas com relação a enfermagem, que técnicas de enfermagem, é um embate, na verdade um combate entre técnicos e enfermeiros, aí dificulta muito; alguns enfermeiros despreparados [...] Infelizmente a colaboração ainda, por alguns profissionais, de qualquer área, esse eu acredito que seja o maior entrave...”</i></p>

Diante do exposto no DSC 01 a falta de interação entre a equipe é um dos fatores que impedem a realização de uma assistência humanizada.

Beck; Denardin e Gonzales (2005, p.481), dizem que:

Na categoria de Enfermagem, a hierarquização estabeleceu que as Enfermeiras planejam a assistência e cuidam dos pacientes mais graves, e os auxiliares e técnicos de Enfermagem implementam, sendo menos valorizados socialmente. Isto mantém o poder e a divisão entre os que pensam (trabalho intelectual) e os que executam as atividades (trabalho manual). O relacionamento interpessoal entre os integrantes da equipe de saúde também pode tornar-se difícil, uma vez que as pessoas são distintas, com diferentes atribuições e lidam, continuamente, com pessoas diferentes.

A relação de poder conflituosa vivida entre a equipe de enfermagem pode colocar em risco a qualidade da assistência, o que repercute diretamente sobre a humanização do cuidado.

Neste sentido Backes; Lunardi; Lunardi (2006), afirmam que é preciso divulgar as ações de humanização, estimulando os profissionais a rever certos comportamentos nas relações interpessoais e contribuindo com a construção de um conhecimento específico na área.

Quadro 10 – IC 02: Os profissionais envolvidos na assistência

Ideia Central 02	Discurso do Sujeito Coletivo 02
O comodismo dos profissionais envolvidos na assistência	<p><i>“...Acredito que hoje as maiores dificuldades são realmente os profissionais, a parte humana [...] eu acho que hoje é a maior dificuldade [...] Profissionais antigos que não admitem a mudança no serviço; a falta de preparo dos funcionários com relação ao conhecimento da essência da humanização, déficit de interesse dos próprios em abordar tal assunto [...] A boa vontade de cada um, comodismo, eu acho que as pessoas se acomodaram, porque apesar do número de profissionais que a gente tem, mais ainda deixa a desejar...”</i></p>

O IC e DSC 07 sinalizam a desmotivação dos profissionais envolvidos com a assistência de enfermagem como dificuldade para humanizar o cuidado.

Estudos apontam que um dos motivos que pode ser destacados é baixa remuneração, desvalorização do trabalho em si e falta de perspectiva de crescimento na profissão.

A realização de tarefas agradáveis, desagradáveis ou repulsivas implica em exercícios de adaptação cotidiana e, também, no desenvolvimento de mecanismos de defesa socialmente aceitos. Os enfermeiros podem, a partir daí, desenvolver atitudes profissionais negativas, como a baixa auto-estima e a conseqüente perda de interesse pelo bem-estar do paciente, o que acarretará danos tanto para ele quanto para seus pacientes (BECK; DENARDIN; GONZALES, 2005).

Na opinião de Kron; Gray (1998, apud SANTOS; BRAGA; FERNANDES, 2008), esse desconforto poderá levar o profissional à diminuição da produtividade, à baixa de qualidade da assistência prestada ao paciente, à quebra da comunicação e aos desacordos e conflitos entre os membros da equipe ou entre a equipe e a direção.

Santos; Braga; Fernandes (2008), afirmam que os fatores que geram insatisfação ou descontentamento no desempenho são: a política e administração

da empresa, a supervisão técnica, o salário, a supervisão de pessoal e as condições de trabalho.

Nesse sentido Beck et al. (2009), afirmam que a valorização humana é uma fonte de motivação, pois proporciona espaço e incentivo ao trabalhador que compõe as organizações, podendo gerar crescimento pessoal e profissional.

Quadro 11 – IC 03: Falta de tempo

Ideia Central 03	Discurso do Sujeito Coletivo 03
Falta de tempo	<i>“...Acho que primeiro o tempo. Pelo que eu vejo é isso, a questão do tempo. O tempo é pouco. Muito pouco tempo...”</i>

Na IC e DSC 03 denotam o tempo escasso como um fator que dificulta práticas de enfermagem voltadas a humanização do cuidado.

Nesta linha de pensamento, Beck et al. (2009), elenca fatores que justificam a falta de tempo dedicado ao usuário como, por exemplo, o elevado número de atendimentos, o trabalho burocrático realizado pelo enfermeiro e o número reduzido de trabalhadores da equipe de enfermagem. Para o autor tudo isso, faz com que não seja possível dar atenção a um único paciente, impedindo assim de tais profissionais prestarem uma assistência humanizada.

Quadro 12 – IC 04: Excesso de atribuições

Ideia Central 04	Discurso do Sujeito Coletivo 04
Excesso de atribuições	<p><i>“...A sobrecarga da enfermagem. É uma sobrecarga muito grande, porque a gente muita das vezes tem que tá correndo atrás de duas coisas, deixa de tá ali diretamente voltado pro paciente, preocupado não só com o paciente, mas também preocupado com espaço em si, com o serviço, as pessoas que fazem o serviço [...] e muitas vezes a gente acaba fazendo é outras funções, exercendo outras funções, se distanciando cada vez mais da própria assistência de enfermagem, dos cuidados de enfermagem [...] Muitas vezes você acaba sendo é telefonista, ir no repouso procurar médico, a gente tem que tá é ligando pra assistente social, então muita vezes a gente deixa de lado a assistência de enfermagem e passa a exercer outras funções...”</i></p>

O excesso de atribuições é apresentado na IC e DSC 04 como um empecilho a um comportamento humanizado nos serviços de urgência e emergência.

No que tange a isto, Collet; Rozendo (2003), defendem que o em cuidado de enfermagem ao ser humano, seja voltado para a assistência direta ou para as relações de trabalho, implica essencialmente falar de cuidado humanizado. Contudo é importante ressaltar que muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo de humanizar o cuidado.

Assim, os profissionais, na maioria das vezes, que se encontram muito atarefados, não conseguem avaliar os seus processos de trabalho e produzir mudanças em suas práticas laborais (BRASIL, 2009). Tal fato dificulta a adoção de medidas que objetivam um cuidado humanizado.

Quadro 13 – IC 05: Ausência da sistematização da assistência de enfermagem

Ideia Central 05	Discurso do Sujeito Coletivo 05
Ausência da sistematização da assistência de enfermagem	<i>“...a ausência do histórico de enfermagem, uma boa anamnese, o exame físico detalhado é uma dificuldade, a disponibilização de um treinamento, a questão da mão-de-obra...”</i>

Observa-se que a ausência da Sistematização foi apontada como dificuldade para a humanização da assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência. Um dos papéis dos enfermeiros no serviço de urgência e emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhamento e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais.

Para Bezerra et al. (2007), afirmam que a enfermagem é uma ciência e como tal está interessada em aprimorar-se e a sistematização assistência de enfermagem (SAE), possibilita que o enfermeiro desenvolva e aplique seus conhecimentos visando uma assistência de qualidade. A realização da SAE no pronto-socorro melhora o desempenho do enfermeiro torna-se mais seguro e direciona as intervenções, melhorando a assistência prestada ao paciente, à família ou a outras pessoas de importância.

Quadro 14 – IC 06: A demanda excessiva

Ideia Central 06	Discurso do Sujeito Coletivo 06
A demanda excessiva	<i>“...A demanda de paciente. É muito alta, não dar tempo, não tem condição, gente demais. [...] só a demanda que é alta demais; é a alta rotatividade, assim, entra muita gente, sai muita gente, é um serviço corrido...”</i>

Diante do exposto na IC e DSC 06, observa-se que um dos motivos que dificultam a humanização da assistência de enfermagem na urgência e emergência é o número elevado de pacientes que procuram o serviço em busca de atendimento em saúde.

Nesse sentido O'Dwyer; Matta; Pepe (2008), afirmam que os prontos-socorros ainda são importante porta de entrada para assistência médica e boa parte da população usuária do SUS busca assistência por meio de consultas de pronto atendimento nos prontos-socorros dos hospitais, em vez de buscar esse tipo de atendimento na rede básica de saúde (porta de entrada presumida).

Concentração de uma alta demanda no serviço de urgência e emergência pode também ser resultado cultural da valorização do serviço médico hospitalar em detrimento ao serviço de saúde de nível primário.

Outro ponto importante que tem que ser considerado em relação a essa demanda excessiva é a facilidade de acesso da parte dos usuários aos serviços de urgência e emergência que funcionam de maneira ininterrupta, além da impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

O estudo possibilitou conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da humanização, e as dificuldades encontradas por eles para humanizar a assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência, conforme os objetivos delineados na pesquisa.

A humanização da assistência é percebida pelos enfermeiros como uma maneira holística de cuidar, vendo o paciente como um indivíduo que possui fragilidades. É um momento que aproxima o paciente e o profissional, que passa a reconhecer e atender as necessidades do paciente e identifica as prioridades no atendimento. A humanização é vista como uma oportunidade de fornecer orientações ao paciente, qualificando a assistência de enfermagem. Por fim, a humanização envolve também um cuidado resolutivo.

Por outro lado, a falta de interação entre a equipe, falhas no perfil dos profissionais envolvidos na assistência, o excesso de atribuições, a falta de tempo, a ausência da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, além da demanda excessiva de pacientes que procuram o serviço de Urgência e Emergência são situações que dificultam uma assistência humanizada.

Percebe-se que os enfermeiros possuem um entendimento sobre a temática, o que pode motivar cada vez mais ações que envolvam práticas assistências humanizadas no serviço em questão. Tal potencial deve ser valorizado e aproveitado pelos profissionais e gestores no sentido de primar por melhores condições de cuidado em saúde, trabalho e gestão.

Porém vale ressaltar que as dificuldades apontadas por eles devem ser consideradas pela instituição, uma vez que envolvem as relações e condições de trabalho que também constituem um aspecto importante quando se fala em humanização da assistência de enfermagem.

Assim, cresce a percepção que a humanização da assistência não pode ser fruto de ação momentânea ou de um esforço limitado no tempo, mas deve se integrar em um plano sustentado, contínuo, complexo, permanente, evolutivo, multiforme e que envolve diversos níveis de responsabilidades.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. A humanização do trabalho para profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2006;19(4):444-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13.pdf>>. Acesso em: 01 ago 2010.

ANDRADE, L.M.; et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(1):151-7. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf>>. Acesso em: 29 ago 2010.

ARONE, E.M.; CUNHA, I.C.K.O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 nov-dez; 60(6): 721-3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/18.pdf>>. Acesso em: 09 set 2010.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2005, Jul-Set. Vol. 10, n. 03, p.549-560. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 20 nov 2010.

BACKES, D.S.; LUNARDI, W.D.F.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2006: 40(2):221. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/09.pdf>>. Acesso em: 18 jul 2010.

BECK, C.L.C.; et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):54-61. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5102/6561>>. Acesso em: 10 out 2010.

BECK, C.L.C.; DENARDIN, M.L.; GONZALES, R.M.B. A Banalização das Crises Vivenciadas pelas Enfermeiras no Mundo do Hospital. **RECENF - Revista Técnico-científica** – v.03, n. 13; out-dez 2005; Curitiba: Bioeditora, 2004 – p.80.

BEDIN, E. ; RIBEIRO, L.B.M; BARRETO, AP. S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 400-409, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/13_Revisao3.pdf>. Acesso em: 25 ago 2010.

BEZERRA, A.B.; et al. A Sistematização da Assistência de Enfermagem e o

enfermeiro no serviço de emergência: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2007 jan-jul 1(1) 1-16. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em 20 nov 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2º Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, N.T.G.; CARVALHO, R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. **Einstein**, 8(2 Pt1): 221-7, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1369-Einsteinv8n2_AO1369.pdf>. Acesso em: 19 nov 2010.

CARDOZO, E.E.; FERREIRA, E.A.B.F.; SOUZA, G.C.X.S. Humanização da Assistência Hospitalar: a escuta e o olhar musicoterápicos junto a familiares acompanhantes de crianças portadoras de câncer. **XVIII Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação (ANPPOM)**. Salvador, 2008. Disponível em:<http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2008/posteres/POS432%20-%20Cardozo%20et%20al.pdf>. Acesso em: 19 nov 2010.

COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. COREN-DF. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=335:codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem&catid=45:incricao&Itemid=11>. Acesso em 23 nov 2010.

COLLET, N.; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 56, p. 189-92, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=gooe&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=356421&indexSearch=ID>>. Acesso em 20 nov 2010.

CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.** 58(5): 568-72. Set – Out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>>. Acesso em 23 nov 2010.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**. v. 09, n. 01, p. 07 – 14, 2004. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0171.pdf>>. Acesso em: 17 nov 2010.

DICIONÁRIO **Aurélio On Line**. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em 18 nov 2010.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2ª Ed. Editora: Yendis, São Caetano do Sul, 2007.

FONSECA, M.S.V. Planejamento de carreira do empreendedor: uma realidade local. **I Mostra Científica**. 2009. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/cic/2009/cd/pdf/SA/SA_00287.pdf>. Acesso em 23 de set 2010.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.30-35, set-dez., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 ago 2010.

HADDAD, M.C.L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.1, p.75-88, jun.2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>>. Acesso em: 16 jul 2010.

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

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEITE, R.S; NUNES, C.V; BELTRAME. I. HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem. **PDF Creator-PDF4 Free**. v.2, 2010. Disponível em: <<http://www.sobragen.org.br/sitevelho/publi/publi5.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MORAIS, G.S.N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta paul. enferm.** vol.22 no.3 São Paulo May/June 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>>. Acesso em: 02 out 2010.

O'DWYER, G.; MATTA, I.E.A.; PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**. V.13, n.05, p. 1637-1648. Set-Out. 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013524.pdf>>. Acesso em: 24 nov 2010.

OLIVEIRA, B.R.G., COLLET, N., VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006, março-abril; 14(2):277-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 27 set 2010.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008, maio-junho; 16(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_17.pdf>. Acesso em 17 nov 2010.

PEREIRA, E.H.P; BARROS, R.D.B. Humanização. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em 17 nov 2010.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Loyola. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005 Jul-Set. vol 10 n. 03 pp. 782-784. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010335.pdf>>. Acesso em: 19 nov 2010.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. AS PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO ACERCA DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 42 – 51, 2006. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> > Acesso em 19 nov 2010.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(1):66-72. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/09.pdf> >. Acesso em 23 set 2010.

RODRIGUES, A.L.; MARIA, V.L.R. Teoria das Necessidades Humanas Básicas: Conceitos Centrais Descritos em Manual de Enfermagem. **Cogitare Enferm**. 2009. Abr-Jun; 14(2): 353-9. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/15629/10400> >. Acesso em 20 nov 2010.

SANTOS, M.C.L.; BRAGA, V.A.B.; FERNANDES, A.F.C. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **Rev. Enferm**. Jan-Mar; 2008, 16(1): 101-5. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a16.pdf> >. Acesso em 24 nov 2010.

SANTOS, S.R. **Administração aplicada à enfermagem**. 2º ed. João Pessoa: Ideia, 2002.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Humanização**. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR). Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/content/humanizacao_dispositivos_accr.mmp >. Acesso em 20 nov 2010.

SILVA, A.J.S. et al. Assistência de enfermagem na UTI: Uma Abordagem Holística. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de estudo de Enfermagem e Nutrição**. [serial on-line]. 2010 jan-jun, 01(1): 1-16. Disponível em: < http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_53.pdf?PHPSESSID=bb645f80f072fd1f4f23a2cffd8aab8b >. Acesso em: 19 nov 2010.

SMELTZER, S. C., BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** 10ª Ed.vol 4 Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, A.C; FIALHO, F.A.P; OTANI, N. **TCC: Métodos e Técnicas**. Florianópolis: Visual Books, 2007.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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

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

WEHBE G., GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital pital privado: algumas considerações. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001, março; 9(2): 86-90. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11519.pdf>>. Acesso em 24 ago 2010.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência**, está sendo desenvolvida por Hugo de Medeiros Gurgel aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, sob a orientação da Professora Esp. Cláudia Maria Fernandes.

O objetivo do estudo é Identificar o entendimento dos profissionais enfermeiros sobre a humanização da assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência.

Este estudo não oferecerá nenhum tipo de risco à integridade dos participantes, no entanto precisaremos de sua colaboração e autorização para desenvolver a pesquisa. Caso resolva desistir a qualquer momento da mesma, está assegurado que nenhum dano será acarretado por tal decisão.

Solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em periódicos científicos. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

O pesquisador estará a disposição para qualquer esclarecimento considerado necessário em qualquer etapa da pesquisa, sendo contatado pelos telefones (83) 9914 7852 e (84) 9632 0555 ou pelo e-mail: hugo_uzl@yahoo.com.br

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da orientadora
Prof^ª. Esp. Cláudia Maria Fernandes

Assinatura do pesquisador
Hugo de Medeiros Gurgel



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE B

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **Cláudia Maria Fernandes**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação do aluno, Hugo de Medeiros Gurgel, do curso de Graduação em Enfermagem cujo projeto de pesquisa intitulado **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência**, comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previsto na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu **Hugo de Medeiros Gurgel**, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a Profª. Esp. Cláudia Maria Fernandes e Co-orientador Prof. Esp. Francisco Róbson Alencar de Lira, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência**, e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Participante



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE D
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: o que dizem os enfermeiros no serviço de urgência e emergência.

Roteiro semi-estruturado para entrevista com os profissionais de saúde do HRC – PB.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE – DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de Permanência na Instituição: _____

Pós-Graduado? () Sim () Não

Urgência e Emergência () Sim () Não

DADOS RELACIONADOS A PESQUISA

- 1) O que você entende por humanização na assistência de enfermagem?
- 2) O que você aponta como dificuldade para humanizar a assistência de enfermagem no serviço de urgência e emergência deste hospital?

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Ofício 127-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem


Cajazeiras, 07 de outubro de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

À: Diretor(a) Dr. Antônio Fernandes Filho

Solicitamos a V. Sa, autorização para o aluno **Hugo de Medeiros Gurgel** matrícula **50622123**, aluno matriculado no Curso Bacharelado em Enfermagem coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulada: **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** sob a orientação da professora Cláudia Maria Fernandes. Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,


Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Francisco Fábio M. da Silva
COORD. DO CURSO DE ENFERMAGEM
SIAPE: 1149343-7

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA


Dr. ANTONIO FERNANDES FILHO
DIRETOR GERAL
MAT. 164.387-8



FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
BR 230, KM 504, Cristo Rei, CEP 58900-000
Cajazeiras – PB

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Humanização da assistência de enfermagem: Vivência de enfermeiras no Serviço de Urgência e Emergência**, protocolo 602102010 da pesquisadora Cláudia Maria Fernandes, foi aprovado, em reunião realizada no dia 09/12/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 09 de dezembro de 2010.



Joselito Santos

Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa