



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE ENFERMAGEM**

ELITON B. DOS ANJOS

**SIGNIFICADO DA HUMANIZAÇÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM
DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

**CHAPECÓ
2018**

ELITON B. DOS ANJOS

**SIGNIFICADO DA HUMANIZAÇÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM
DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kátia Lilian Sedrez Celich

CHAPECÓ

2018

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Anjos, Eliton Beserra dos Significado da Humanização
para a equipe de enfermagem de uma unidade de emergência
/ Eliton Beserra dos Anjos. -- 2018.
62 f.

Orientadora: Doutora Kátia Lilian Sedrez Celich.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem,
Chapecó, SC , 2018.

1. Humanização. 2. Humanização da assistência . 3.
Politica Nacional de Humanização. 4. Urgência e
Emergência . 5. Fenomenologia. I. Celich, Kátia Lilian Sedrez,
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ELITON B. DOS ANJOS

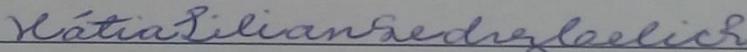
**SIGNIFICADO DA HUMANIZAÇÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM
DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para
obtenção de grau de bacharel em enfermagem da Universidade Federal da
Fronteira Sul.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Kátia Lilian Sedrez Celich

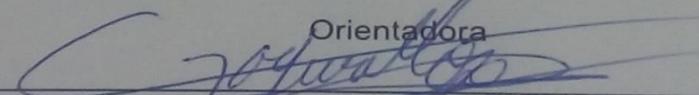
Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca
em: 12/12/2018.

BANCA EXAMINADORA

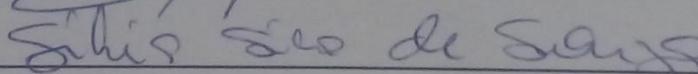


Prof^ª Dr^ª Kátia Lilian Sedrez Celich

Orientadora



Prof^ª Dr. Belson Aguiar da Silva Moser



Prof^ª MSc Sílvia Silva de Souza

Dr^ª Marcela Martins Furlan de Léo (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter caminhado comigo até aqui principalmente nos momentos difíceis. A minha família que mesmo indiretamente sempre acreditaram nessa vitória. Aos amigos que diariamente proporcionaram um caminhar mais fácil, os orientadores e todos aqueles que me ajudaram a concluir este trabalho. Sou grato a todos aqueles que tiveram paciência nos momentos de tensão, exaustão e empenho. Obrigado por fazerem parte da minha vida!

RESUMO

Este estudo busca compreender os significados da humanização para a equipe de enfermagem de uma unidade de emergência no oeste catarinense. A investigação caracteriza com um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica. A pesquisa desenvolveu-se na unidade de emergência do hospital geral de grande porte, localizado numa cidade da região oeste de Santa Catarina. Os participantes foram 6 profissionais de enfermagem que atuam nesta emergência; o instrumento utilizado para a coleta das informações foi a entrevista semiestruturada e para a análise dos discursos utilizou-se a hermenêutica de Paul Ricoeur. Os significados da humanização para a equipe de enfermagem da emergência desvelaram os seguintes temas e subtemas: processo de trabalho no mundo do (des) cuidado, humanização no mundo do cuidado, o ser aí no encontro do outro, fortalecendo a relação de cuidado com os cuidadores, elementos favoráveis para a humanização, cuidado in (seguro) na humanização da assistência, compartilhando sobre eventos adversos e construindo o cuidado seguro. Ao compreender os significados da humanização na enfermagem, desvelou-se a humanização vivida e compreendida por esses profissionais na unidade pesquisada, caracterizado por ser um ambiente com propícias mudanças, no qual o significado da humanização se apresentou multifacetado. O encontro da humanização entre os seres que ali prestam assistência se manifestou a partir da compreensão do ser humano enquanto único e tomado de necessidades, capaz de compartilhar suas vivências e experiências no cotidiano de cuidado.

Palavras chaves: Cuidado humano; humanização na assistência; urgência e emergência.

ABSTRACT

This study seeks to understand the meanings of humanization for the nursing team of an emergency unit in the west of Santa Catarina. The research characterizes with a qualitative study with a phenomenological approach. The research was developed in the emergency unit of the large general hospital, located in a city in the western region of Santa Catarina. The participants were 6 nursing professionals who work in this emergency; the instrument used to collect the information was the semi-structured interview and for the analysis of the discourses the hermeneutics of Paul Ricoeur was used. The meanings of humanization for the emergency nursing team revealed the following themes and sub-themes: work process in the world of (dis) care, humanization in the world of care, being there in the encounter of the other, strengthening the relationship of care with the carers, elements favorable to humanization, care in the humanization of care, understanding about adverse events and building safe care. Understanding the meanings of humanization in nursing revealed the humanization lived and understood by these professionals in the unit studied, characterized by being an environment with propitious changes, in which the meaning of humanization was multifaceted. The meeting of humanization among the beings who provide assistance was manifested from the understanding of the human being as unique and taken with needs, able to share their experiences and experiences in the daily care.

Keywords: Human care; humanization in care; urgency and emergency.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Humanização no contexto da saúde	18
2.2 O Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar.....	20
2.3 A Política Nacional da Humanização- HUMANIZASUS	23
2.4 A classificação de risco no acolhimento	26
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
3.1 Cenário do estudo	30
3.2 Público alvo.....	31
3.3 Coleta das informações	32
3.4 Análise dos dados	33
3.5 Dimensões éticas e legais da pesquisa.....	35
3.6 Divulgação dos dados.....	36
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	37
4.1 Processo de trabalho no mundo do (des) cuidado.....	38
4.2 Humanização no mundo do cuidado	41
4.2.1 O Ser aí no encontro com o outro.....	42
4.2.2. Fortalecendo a relação de cuidado com os cuidadores.....	44
4.2.3. Elementos favoráveis para a humanização	46
4.3 Cuidado in (seguro) na humanização da assistência	47
4.3.1. Compartilhando eventos adversos	47
4.3.2. Construindo o cuidado seguro	49
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS	54

APÊNDICE A.....	59
APÊNDICE B.....	62
APENDICE C	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HRO Hospital Regional do Oeste

PNH Política Nacional da Humanização

PNHAH Programa Nacional de Assistência Hospitalar

SUS Sistema Único de Saúde

UFFS Universidade Federal da Fronteira Sul

1 INTRODUÇÃO

A aproximação com a temática para a realização deste estudo emergiu das experiências vivenciadas no caminhar da vida acadêmica durante os estágios práticos nas unidades emergenciais enquanto acadêmico, e por acreditar nas possibilidades de, na enfermagem, cuidar-se de maneira humanizada, na medida em que se considera o sujeito cuidado desta prática o ser humano, com sua singularidade.

Acredita-se que o significado de humanização se constitui de diferentes compreensões que necessitam ser resgatadas no dia-a-dia da enfermagem. Isso porque a humanização revela-se através de um cuidado singular e protagonista, que oportuniza o encontro entre o ser cuidado e o cuidador, numa dinâmica de troca de interação alicerçada na confiança, no respeito, na ética e na experiência compartilhada de vida. Possibilita, pois, através de formas criativas e efetivas vislumbrar uma percepção de cuidado e humanização onde se aliam ciência e arte na enfermagem.

A unidade de urgência e emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida. No entanto, as tecnologias avançadas e utilizadas neste atendimento nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao objeto e à força de trabalho neste processo. Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer (MORAIS FILHO, 2015).

Não há como minimizar, ou mesmo, desprezar as importantes contribuições dos avanços tecnológicos (SOUSA; et al. 2016), o mesmo autor ainda afirma que, cada vez mais se constata que as dimensões humanas, vivenciais, psicológicas e culturais da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não verbal, precisam ser consideradas nas relações entre o profissional da

saúde e os usuários, visto que é nesta relação que se legitima o processo de cuidado humanizado.

Diante disso, torna-se um grande desafio para a enfermagem a construção de seu fazer, considerando as dimensões: éticas, subjetivas, técnicas e institucionais do cuidado e valores, sentimentos e limites do ser cuidado e do ser cuidador, especialmente quando o cenário laboral é uma unidade de emergência com suas especificidades. Nessa perspectiva, o atendimento de urgência e emergência hospitalar vem sofrendo transformações positivas voltadas à questão da humanização na assistência ao paciente, no qual o termo “humanização” tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde (MORAIS FILHO, 2015).

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. A literatura descreve que humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral (FARIAS, 2017).

De acordo com Freitas e Ferreira (2016) a humanização da assistência tem sido objeto de debate na área da saúde, intensificado nos últimos anos após a criação de uma política pública integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), traz o conceito de humanização relacionado ao direito à saúde afastando-se do conceito da caridade e da filantropia que em muito se atrelava, e ainda se atrela, às práticas de cuidado, mesmo àquelas ocorridas formalmente nos serviços de saúde (BRASIL, 2003). No senso comum, observa-se essa marca, pois a humanização da assistência é concebida com ênfase em atributos morais que sustentam as relações interpessoais entre profissional e usuário, distanciando-se do que é proposto pela PNH, sendo que um dos objetivos a alcançar é a qualidade no atendimento, no entendimento de que os sujeitos são autônomos, protagonistas, estando a saúde inserida no contexto da cidadania.

Acredita-se que a promoção da qualidade do atendimento prestado em serviços hospitalares de urgência e emergência é vinculada às ações de humanização do cuidado e que a atuação da equipe de enfermagem no acolhimento e no atendimento aos usuários e familiares é primordial.

Nessa assertiva, a finalidade desta pesquisa foi de compreender o significado da assistência humanizada no contexto do atendimento em urgência e emergência sob o olhar da equipe de enfermagem. Para alcançar o objetivo, opta-se pela pesquisa qualitativa, com uma abordagem fenomenológica; para a coleta das informações utiliza-se a entrevista semiestruturada, e para interpretar o sentido dos discursos dos participantes utiliza-se a hermenêutica de Ricoeur de 1990. A questão de pesquisa é: que experiências são significativas de humanização, na vivência diante da assistência ao paciente?

Assim, o presente estudo está estruturado e organizado em temas e subtemas articulados entre si, expressando o processo vivido nesta construção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A ação de cuidar e humanizar sempre esteve presente na história da humanidade, como uma maneira de viver, de se relacionar no mundo, acompanhando o ser humano desde a sua gênese, assim, com o início da profissionalização da enfermagem o cuidado assume uma característica formal, sendo a humanização da atenção considerada uma das bases transformadoras do cuidado em saúde, destaca-se nesse contexto a importância de se considerar a individualidade e subjetividade de cada indivíduo envolvido, incluindo as dimensões biopsicossociais, no desenvolvimento do processo diagnóstico-terapêutico (SOUZA, 2018).

A Teoria Humanística de Enfermagem proposta na década de 1960 pelas enfermeiras Josephine Paterson e Loretta Zderad tem o objetivo de incitar a reflexão, exploração e questionamento sobre as experiências vivenciadas no campo da Enfermagem, trabalhando com a experiência existencial do conhecimento humano (LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014).

De acordo com as teóricas, os conceitos que compõem a Enfermagem Humanística também se caracterizam por serem bases da enfermagem de modo geral, a saber: o diálogo, a comunhão e a enfermagem fenomenológica. O diálogo trata-se de uma forma de relação intersubjetiva, compreendida por meio de dimensões, a relação Eu-Tu, isto é, sujeito-sujeito, a relação Eu-Isso, ou seja, sujeito-objeto e a relação Nós, representada pela comunhão entre duas ou mais pessoas, no qual as experiências determinantes na vida do indivíduo são compartilhadas, sendo necessário para seu estabelecimento a existência de certos elementos, a saber: encontro, relação, presença, chamado e resposta. A Enfermagem Fenomenológica, por sua vez, apresenta-se como um método da prática da Enfermagem Humanística ao permitir a descrição da situação clínica profissional da enfermagem experiência entre sujeitos no mundo (LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014).

Margaret Jean Watson desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano, que considera o cuidado efetivo por meio do relacionamento transpessoal, ou seja, o

cuidado que transcende tempo, espaço e matéria de paciente e profissional para que formem um único elemento em sintonia, além do momento pontual da interação, de maneira a favorecer a restauração. Por mais que o atendimento de enfermagem privilegie, muitas vezes, a dimensão física, com a execução de procedimentos técnicos, em um nível mais avançado do cuidado, a enfermagem é capaz de acessar os aspectos emocionais e subjetivos, de forma a objetivar a transpessoalidade, por meio da comunicação e da empatia, que podem desenvolver e manter a harmonia e a confiança necessárias para este processo (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Nessa perspectiva, desde 1975 e 1979, está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado. A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da enfermagem, que evolui por meio da interação enfermeiro e cliente, visando ao cuidado terapêutico (FAVERO; et al. 2009).

De acordo com Savieto e Leão (2016), adentrar a Teoria de Jean Watson nos mostra evidente o quanto a Enfermagem precisa aprimorar sua prática para preencher a lacuna do real cuidado, cumprir a missão de sua profissão e evoluir como ciência. O embasamento teórico e a valorização de aspectos humanísticos podem contribuir fortemente para maior magnitude da assistência em Enfermagem e, conseqüentemente, para melhor recuperação dos pacientes. O olhar atento às práticas assistenciais aliados à reflexão sobre o fazer contribuem para o constante aprimoramento do cuidado de Enfermagem prestado. Desta forma, o profissional capaz de compreender esta situação e, portanto, transformar as interações com os pacientes, certamente amplia seu campo de ação, possibilitando atenção mais completa às necessidades de quem está sendo cuidado.

De acordo com Oliveira e Rocha (2015), a compreensão do significado do cuidado, a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger, evidencia que a enfermagem deve apoderar-se do conhecimento cultural do indivíduo para promover melhor o

cuidado as diferentes formas de pensar, saberes e práticas de saúde, e de que cada cultura influencia na existência do cuidado, porém sem perder a essência do amor e do afeto nas ações deste cuidado.

Assim, na sua teoria há uma associação harmoniosa e produtiva do cuidado e da cultural para direcionar as práticas dos cuidados de enfermagem. Acreditando nesta influência propôs que as decisões da enfermagem envolveriam a preservação/manutenção do cuidado cultural, a acomodação/negociação do cuidado cultural e a padronização/reestruturação do cuidado cultural para gerar cuidado humanizado (OLIVEIRA; ROCHA, 2015).

A fenomenologia surgiu como um movimento filosófico iniciado por Husserl e seus seguidores, na França e Alemanha, no século XX. Segundo o próprio filósofo, é uma ciência descritiva da essência e da consciência dos atos das pessoas, tem como proposta descrever o fenômeno e não explicá-lo. Através dela chega-se a essência do ser (FEIJOO; et al. 2016).

Compreende-se "[...] a necessidade e a demanda de problemas a serem investigados pela enfermagem com a utilização de referenciais inovadores, capazes de focar o ser humano de maneira integral, tendo também como base suas vertentes sociais, culturais e psicológicas". A fenomenologia mostra que os seres humanos não são objetos e que suas atitudes não podem ser vistas como simples reações (RAMOS, 2016).

Nessa perspectiva, a fenomenologia surge como uma alternativa de abordagem das ciências humanas, que visa ao estudo do homem em sua totalidade existencial, ou seja, é o estudo das essências dos fenômenos, á medida que a enfermagem buscou compreender o ser em sua dimensão holística, abriu o cenário de possibilidades do cuidado do outro em sua integralidade. Ao lidar com questões existenciais dos seres de quem cuida, apropriou-se da fenomenologia como suporte para suas reflexões e sua prática, numa imersão na subjetividade e na essência que permeia o cuidar (MATOS, 2016).

Discorrendo acerca da abordagem fenomenológica como referencial para enfermagem (MATOS, 2016) menciona que por lidar com questões existenciais dos seres humanos que cotidianamente cuida, tem na fenomenologia uma importante

contribuição para o seu pensar e o seu fazer, pois para compreender a realidade do dia-a-dia no qual estamos imersos, é preciso que saibamos mergulhar na subjetividade e sua essência, sem nos esquecermos da objetividade que o permeia.

Neste sentido, a essência significa a possibilidade de leitura da realidade, do fenômeno e da experiência vivida. E a subjetividade é aquela a partir da qual emergem as características do sujeito, reforçando o seu aspecto de ser humano único e singular. Das inter-relações cotidianas entre os sujeitos reponta a intersubjetividade, intensificando as interações que cada sujeito estabelece com o outro compartilhando visões de mundo, crenças e valores no cotidiano social. Nesta abordagem, a essência define a existência do ser, a sua “humanidade”, revelando o ser como ele realmente é, dando assim, sentido à vida. Pode-se dizer então que a pesquisa fenomenológica busca um entendimento mais profundo da natureza ou do significado das experiências cotidianas da equipe de enfermagem no seu existir a respeito da humanização (CAMARGO, 2017).

De acordo com Silva (2014), para o alcance dos pressupostos desta pesquisa, torna-se de suma importância a interpretação das falas de cada participante. Na busca de intento sucesso, seleciona-se a hermenêutica de Ricoeur em 1990, pois a mesma permite que o pesquisador compreenda a magnitude do que há por trás das palavras utilizadas nos discursos, decorre da adequação deste método para interpretação e percepção dos trabalhadores de enfermagem a respeito da humanização no ambiente de trabalho.

Segundo Melo (2016), etimologicamente, em seu antigo uso, o termo hermenêutica pode significar: 1) exprimir em voz alta, ou seja, ‘dizer; 2) explicar, como quando se explica uma situação; 3) traduzir, como na tradução de uma língua estrangeira. Mas isso não basta para esclarecer minimamente o significado de hermenêutica, tampouco para elucidar a relação entre fenomenologia e hermenêutica, uma vez que estamos tratando de duas tradições filosóficas distintas e complexas em seus desdobramentos e especificidades.

É preciso dizer que estamos diante de palavra portadora de uma questão – a questão do signo e da significação – levantada primeiramente pela exegese ou

“disciplina que se propõe a compreender um texto a partir de sua intenção, baseando-se no fundamento daquilo que ele pretende dizer (MELO, 2016).

Ricoeur ainda em 1990, contribui significativamente para a construção da disciplina da hermenêutica com a teoria da interpretação. Para ele a hermenêutica não pode ser definida em termos da procura de intenções psicológicas ocultadas no meio do texto, antes pela procura de compreensão do significado, do modo-de-ser projetado pelo texto. Isto implica procurar o sentido do ser, assim, além da perspectiva da análise do texto em sua estrutura, descobrir o significado do que foi impresso, o que o ser deseja expressar a partir do texto escrito ou da linguagem utilizada, dando sentido ao que ele é no mundo, de onde suas expressões emergem, descrevendo e interpretando o vivido (ISSI, 2015).

2.1 Humanização no contexto da saúde

Assim, nas décadas de 1950, 1960, 1970 houve um enfoque na necessidade de humanizar os serviços de saúde, especialmente hospitalares, relacionando a organização do serviço em termos de investimento na estrutura física. O enfoque nos trabalhadores surgiu na literatura a partir das décadas de 1960, 1970 e no início da década de 1980, destacando-se algumas características presentes em enfermeiros e médicos. Essas características estão ligadas ao cunho caritativo, como a doçura, compaixão, espírito de caridade, capacidade para perdoar, desprendimento, sendo até enfocado que seriam privilegiados e escolhidos por Deus (FREITAS; FERREIRA, 2016).

No Brasil, a protótipo de outros países, os serviços de urgência e emergência são cada vez mais procurados. Consequentemente a demanda torna-se cada vez maior. Ao lidar com essa realidade, sobressai à precariedade desses serviços não raro deparamo-nos com corredores aglomerados de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas. Nesse ambiente, encontram-se, também,

os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste (ALVES, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a Política Nacional de Atenção às Urgências busca articular e integrar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde. Tem como base o acolhimento com a classificação do risco, a qualidade e a resolutividade, que devem ser requisitos de todos os pontos de atenção e junto a isso trabalhando no enfoque da capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar, fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde.

Discorrendo dessas circunstâncias, por sua característica de urgência e emergência, os serviços de emergência hospitalar (pronto-socorro), com uma rotina acelerada de atendimento, tornam-se um ambiente de muita tensão e estresse. Todos quantos vivenciam essa realidade, sejam os pacientes, os familiares ou a equipe de saúde, estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte. Ademais, as especificidades deste ambiente instigam os trabalhadores desse serviço a se posicionarem de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada. Agregamos, ainda, à alta demanda de atendimento as deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, a fragmentação do cuidado, a falta de filosofias de trabalho e de ensino voltada para a humanização de maneira efetiva, pelo menos em nossa visão (ALVES, 2018).

A proposta de humanização da atenção à saúde aparece no cenário das políticas públicas como uma oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudança na cultura de atendimento vigente em toda a rede do SUS, quebrando as fronteiras impostas historicamente. A possibilidade de mudar a cultura em longo prazo reside na capacidade de construção legitimada de novas

representações que os atores podem ter em função de sua participação em processos comunicativos de aprendizagem (FREITAS; FERREIRA, 2016).

2.2 O Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar

No ano de 2001, o Ministério da Saúde tendo como ministro Jose Serra, lançou o Programa Nacional de Assistência Hospitalar (PNHAH) pelo Decreto 881 de 19 de Junho de 2001.

Com isso, o objetivo do programa era obter melhoras no atendimento dos usuários e no mesmo tempo a valorização profissional dessa área. O programa seria um chamamento aos profissionais no sentido de direcionar e garantir a qualidade dos serviços em saúde, uma vez que, apesar do avanço técnico - científico os contatos humanos não acompanhou essa evolução e nem sempre as instituições de saúde valorizam os valores éticas, sociais e educacionais ligados ao processo saúde-doença (BRASIL, 2001).

Diante destas necessidades e aspectos englobados com relação ao atendimento à saúde é que se propôs a PNHAH sob o prisma da humanização do atendimento ao público e da humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (BRASIL, 2001).

Humanizar na perspectiva da PNHAH significa: o resgate ao respeito á vida humana, envolvendo-se aos aspectos sociais, éticos nos relacionamentos humanos. Nesse sentido, o ponto principal da humanização perpassa o fortalecimento do comportamento ético articulado ao cuidado técnico – científico (BRASIL, 2001).

Devido à fragilização física e emocional que se expressa em sentimentos subjetivos como o medo, compaixão, raiva, angustia, o processo de humanização também considera as dimensões subjetivas presentes na relação profissional saúde – usuário. O programa sinalizava que para que as melhorias alcançadas com o processo de humanização não ficassem prejudicadas, os gestores de saúde teriam que se sensibilizar sobre a importância de uma cultura organização pautada no respeito, solidariedade e autonomia dos profissionais e usuários (LIMA, 2018).

Para tal processo, o Ministério da Saúde (2001) salientou que a implantação da PNHAH dependia da vontade política dos gestores e dirigentes hospitalares no sentido de participar e disseminar ações que garantissem a transformação do ambiente hospitalar.

De acordo com a PNHAH, são fundamentais a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo e o respeito a diversidade de opiniões (BRASIL, 2001).

Para que as ações propostas pelo programa fossem disseminadas em nível nacional, propôs-se então a criação de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas para que tivessem uma articulação entre si e que também se formassem os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar nas unidades hospitalares, com capacitação dos membros por um assessor externo, criando assim, instrumentais para a institucionalização do programa com caráter de política pública participação efetiva dos gestores, dos profissionais de todas as áreas bem como da população usuária nos Grupos de Trabalho e a articulação entre os Grupos com as ações de humanização já existentes (BRASIL, 2001).

Composto por profissionais comprometidos com os princípios da humanização, estes grupos independentes teriam que construir espaços de comunicação visando à mudança institucional, permitir a realização de iniciativas humanizadoras e fortalecer as já existentes. Estes trabalhos representariam a instituição como um todo, e além de melhorar a comunicação e a integração entre o hospital e os usuários, favoreceria ao processo de mudança cultural (SANTOS, 2017).

Nesta Rede foram incluídos as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Hospitais Públicos, sendo que na primeira fase seriam inclusos os hospitais do Projeto-Piloto, hospitais integrantes do Programa dos Centros de Colaboradores (num total de 93 hospitais de todo o Brasil, inclusive o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e hospitais que

desenvolviavam ações de humanização na área da Saúde da Mulher nos períodos entre maio de 2001 e abril de 2002. A segunda atingiria os hospitais que integrariam a Rede Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, entre maio e dezembro de 2002 (BRASIL, 2001).

Em relação ao segmento profissional, o programa destacava a necessidade da valorização profissional através de cursos de capacitação e a criação de um sistema de apoio psicológico e social com enfoque na humanização, segundo Brasil (2001), no que tange a participação dos usuários, foi proposta a criação de canais que identifiquem as suas necessidades com devolutiva aos mesmos, a melhora das sinalizações em relação aos acessos aos serviços hospitalares, profissionais visivelmente identificados (crachás).

Quanto à instituição hospitalar, propôs a criação de parcerias com outras instituições, o aproveitamento do trabalho voluntário, divulgação interna (palestras, boletins) e externa (mídia) do programa de humanização. O relatório referente aos primeiros cinco meses da implantação do projeto destacou que a iniciativa foi uma abertura histórica nas políticas públicas de saúde e um engajamento corajoso, especialmente porque propôs a substituição da “cultura vigente” pela “cultura da mudança” (RIBEIRO; SILVEIRA, 2015).

O PNHAH considerou como foco central que a promoção da saúde comporta uma dimensão ética e subjetiva, assim, durante este período, ocorreram encontros entre o Comitê Técnico, as equipes de implantação do Projeto-Piloto e os hospitais participantes, cujo objetivo foi à construção de questões mais prementes e significativas (BRASIL, 2001).

Com enfoque no PNHAH, não cabem aqui detalhamentos a respeito deste programa, posto não ser ele o foco principal do projeto de pesquisa que se prendera na Política Nacional de Humanização. É válido ressaltar a importância que o PNHAH teve em termos de propostas de humanização, sendo parâmetro para a atual política, apesar das propostas de humanização se referem exclusivamente ao ambiente hospitalar (BRASIL, 2001).

2.3 A Política Nacional da Humanização- HUMANIZASUS

Considerando que as propostas de humanização deveriam alcançar todos os níveis de atenção do SUS, no ano de 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde decidiu construir a Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS- PNH. A sua construção seguiu os mesmos valores da proposta anterior, no que se refere ao envolvimento dos profissionais, usuários e gestores nos processos de saúde e valorização da dimensão subjetiva e fortalecimento do controle social em todas as instâncias do SUS (FREITAS; FERREIRA, 2015).

O HumanizaSUS considera que a humanização como política, possibilita o envolvimento de todas as instâncias do SUS, inclusive nas unidades básicas de saúde, sendo este um dos pontos que a diferencia em relação ao PNHAH, que enfatizava apenas o ambiente hospitalar. Sendo assim, humanização: é a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Em seu marco teórico, o HumanizaSUS define que: humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Conseqüentemente o HumanizaSUS arrisca na possibilidade dos sujeitos envolvidos nesse processo se transformarem e mudarem também a realidade em que se encontram inseridos, fomentando o protagonismo destes, o que possibilitará uma nova interação entre os sujeitos, cuja implantação se faz necessária na perspectiva de rede, de forma que se articule com as demais políticas. Estando em rede, o HumanizaSUS possibilita a troca de experiências entre usuários, profissionais e gestores e o comprometimento com a defesa da vida (CALEGARI; et al. 2015).

Sendo assim, o HumanizaSUS aponta que a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho entre os profissionais, prejudicam os avanços da descentralização e regionalização da atenção e gestão na saúde que se reflete na universalidade, na integralidade equidade e controle social, assim como o baixo investimento na qualificação profissional (CALEGARI; et al. 2015).

Os modelos de atenção, baseados na relação-queixa conduta fortalecem o olhar sobre a doença, automatizam o contato entre os profissionais de saúde e os usuários, impossibilitando a construção do vínculo entre estes. Há que se considerar que os modelos de formação profissional no campo da saúde têm se mantido distante do debate e da formulação das políticas públicas. Para a superação é necessário que o HumanizaSUS seja inserido na grade curricular dos cursos de graduação, pós-graduação e formação continuada (SANTOS, 2017).

Como política, almeja-se ainda que a humanização supere as dificuldades existentes na relação saber/poder arraigadas nas instituições, seja na relação profissional-usuário (posicionamento impositivo), seja na relação profissional-profissional (corporativismo).

Para o HumanizaSUS, Brasil (2004), a humanização não significa apenas tornar a relação profissional de saúde-usuário mais humana ou pensar no caráter filantrópico, pois corre-se o risco de pensar na humanização como um “favor”, e não como direito à saúde.

Um dos pontos principais desta política é a mudança da cultura da atenção à saúde e na gestão dos processos de trabalho, sendo um ponto indissociável na Humanização: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a Rede SUS no cuidado à saúde implica mudança na cultura na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

Além disso, conforme Santos (2017), é necessário ainda que haja interação e diálogo entre os profissionais sobre os modos de operar o trabalho em equipe, cujas ações sejam capazes de transformar e ampliar os espaços de trocas de saberes, com isso, a mudança de cultura implica na mudança de modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho e devendo ter como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

A humanização envolve ainda a construção de atitudes ético-estético-políticas em consonância com o projeto de corresponsabilidade e produção dos vínculos entre os profissionais e destes com os usuários:

Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na polis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz. (BRASIL, 2004, p. 64)

Um ponto importante que a PNH destaca é que a sua construção deve contribuir com a melhoria das condições de vida de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e a garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana (BRASIL, 2004), e de encontro a isso, o HumanizaSUS estabeleceu quatro marcas específicas para a consolidação dos trabalhos, sendo:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Atingir estas quatro marcas, é um dos grandes desafios desta política, tendo em vista os modos como vêm se operando os processos de produção de saúde.

Diferentemente do Programa Nacional de Humanização da Assistência que não apresentou propostas concretas em termos de atendimento nas unidades de urgência e emergência, o HumanizaSUS estabeleceu diretrizes para o acompanhamento a sua implementação nos prontos socorros e pronto atendimentos é proposto (BRASIL,2001):

- Acolhida através de critérios de avaliação de risco;
- Garantia de referência e contra referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso a estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantido a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

2.4 A classificação de risco no acolhimento

Conforme o HumanizaSUS, a Classificação de Risco é um processo dinâmico que visa identificação os usuários que requerem imediato atendimento, o grau de sofrimento, risco e agravos à saúde. Sendo assim, pressupõe agilidade no atendimento (BRASIL, 2004).

Para este procedimento são necessários alguns pré-requisitos como: Implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco; estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco; qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança); sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico; adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico (BELLUCCI; et al. 2015).

Os objetivos da Classificação de Risco desta classificação são avaliar o usuário desde a sua chegada, humanizando o atendimento e impedido que unidades de emergência fiquem “congestionadas”. Dessa forma, o tempo para atendimento médico é reduzido, pois é realizado de acordo com a gravidade e os usuários são encaminhados diretamente para as especialidades, conforme o protocolo, informando o tempo de espera. Além disso, os usuários e os familiares devem ter ampla informação sobre os serviços e os procedimentos a serem indicados (PAGLIOTTO; et al. 2016).

Além destas classificações, o HumanizaSUS também discorre sobre a visão do acolhimento na perspectiva de participação dos sujeitos envolvidos. Na área da saúde, a noção de acolhimento tem sido relacionada ora a uma boa recepção, ambiente confortável, ora como triagem administrativa com elaboração de encaminhamentos para serviços especializados, o que em alguns casos gera uma prática de exclusão, “pois se escolhe que deve ser atendido” (BRASIL, 2004).

Quando tomada isoladamente, a o acolhimento torna-se uma ação pontual e isolada, tendo assim uma noção de “repasso de problemas”, sendo uma ação acolhedora implica em estratégias que promovam o protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, na reorganização dos serviços, facilitando a intervenção profissional e resolução das situações apresentadas pelos usuários, e uma postura de escuta e compromisso, de forma que possam ser dadas respostas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRASIL, 2004).

Todos os usuários que procuram os serviços de saúde espontaneamente devem ser atendidos pelos profissionais da equipe, que deverão identificar os riscos e vulnerabilidades que possam estar sujeitos durante o atendimento. Isto significa que os profissionais devem estar atentos ao grau de sofrimento físico e psíquico, pois muitas vezes os usuários apesar de não terem sinais físicos evidentes, estão ansiosos e angustiados, demandando uma atenção maior (PAGLIOTTO; et al. 2016).

Conforme o HumanizaSUS:

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde, em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. Em sua implementação, o acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (BRASIL, 2004, p.64).

Ainda que a Política Nacional de Humanização apresente propostas para a sua implementação nas unidades de urgência e emergência, consideramos ser um grande desafio a sua concretização. Há que se refletir que a atuação dos

profissionais da saúde em um ambiente de pronto socorro tem uma dinâmica diferenciada em relação aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2004).

As suas especificidades requerem um tipo de atendimento que muitas vezes “ultrapassa” os limites dos profissionais que atuam nos serviços de emergência. Seja por motivo de doença inesperada ou crônica, acidente de trânsito, violência urbana, entre outras fatalidades que ocorrem cotidianamente nas grandes cidades, os profissionais de saúde, sobretudo os de prontos socorros, lidam com este cenário, incluso a isto, estes profissionais lidam com a família destes usuários, em geral tomadas por incerteza e insegurança quanto à saúde de seu ente. Estes familiares também estão lidando com o risco de morte, e necessitam de apoio e atenção destes mesmos profissionais (SCREMIN, 2017).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo orienta-se pela pesquisa qualitativa, com uma abordagem fenomenológica, foi utilizado para análise dos dados, a hermenêutica de Ricoeur no ano de 1990 (SILVA, 2014). A pesquisa qualitativa permite apreender e compreender a realidade vivenciada, as crenças e valores de cada pessoa. Segundo Minayo (2012), o ser humano, como integrante da sociedade, constrói sua personalidade atuando em um espaço de relações com processos e fenômenos que não podem ser operacionalizados de uma forma exata e o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

De acordo com Paula (2017), “a pesquisa qualitativa preocupa-se com o significado dos processos e fenômenos vividos pelos seres humanos”. Busca compreender o fenômeno como um todo, revelando o que está oculto nas vivências das pessoas, e assim o verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos têm condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere.

Segundo Passos (2016), Polit e Hungler desde 1995 refere que “a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu meio ambiente, em todas as complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle imposto sobre ao pesquisador)”. Sendo assim, o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento e por isso ser chamado de naturalístico. Com isso, acredita-se que esta abordagem fenomenológica possa contribuir na busca da compreensão sobre a humanização vivenciada pela equipe de enfermagem.

3.1 Cenário do estudo

O município de Chapecó é localizado no oeste de Santa Catarina e é considerado município polo da região oeste catarinense. O Hospital Leonir Vargas Ferreira, conhecido como Hospital Regional do Oeste (HRO), foi inaugurado em 1986 com funcionalidade inicial de 60 leitos. Após várias transições administrativas, o hospital é administrado pela Associação Hospitalar Leonir Vargas Ferreira e atende 92 municípios da região oeste, 26 municípios do Paraná e Rio Grande do Sul, em um total aproximadamente um milhão de habitantes. Atualmente conta com 319 leitos ativos e possui mais um novo complexo em construção que ampliará diversos setores do hospital tornando-o o maior hospital de Santa Catarina.

A demanda de atendimentos na unidade de urgência e emergência tem números bem expressivos, todos os dias têm vários usuários procurando por atendimentos bem diversificados, sendo a maioria desses atendimentos são apenas consultas de rotina que poderiam ser realizadas em outras unidades de atenção primária ou secundária, porém acabam procurando pelos serviços da unidade, resultando na superlotação fazendo com que o setor fique sobrecarregado. Além dessas consultas de rotina as mais frequentes são: patologias neurológicas, respiratórias, renais, cardiológicas, intoxicação medicamentosas, quedas da própria altura, acidentes de trânsito, de trabalho entre outros.

De acordo com os Indicadores do pronto socorro do HRO do ano de 2017 o número de atendimentos Clínicos foi de 59539, com média mensal de 4962, já o

número de pacientes atendidos na classificação de risco foi de 5554, os pacientes internados oriundos do Pronto Socorro foi de 11482, com média mensal de 957 e o número de pacientes alojados por falta de leito foi de 621 e média mensal de 52.

A maioria da demanda dos usuários que procuram por atendimento no serviço de urgência e emergência são pessoas do município de Chapecó, porém, entretanto existe uma grande demanda de usuários de municípios vizinhos, do oeste de Santa Catarina e municípios de outros estados como o Rio Grande do Sul e o Paraná. Essa procura se dá entre ambos os sexos e gêneros com usuários acima de 13 anos de idade.

A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros, 2 clínicos e os médicos de sobreaviso com diversas especialidades (neurologista, cardiologista, obstetra, cirurgião geral e pediátrico, oftalmologista, ortopedista, nefrologista, urologista, cirurgião vascular e cirurgião torácico: além de profissionais como: nutricionistas, psicólogo e assistente social, ambos os profissionais são acionados quando solicitado.

Além desses serviços a unidade possui duas escriturarias, o serviço de segurança é composto por um vigilante por turno e tem um que fica de sobreaviso para dar apoio se for preciso, também possui serviço de nutrição, lavanderia e limpeza. A unidade também conta com residentes de Medicina e Enfermagem, e acadêmicos.

A equipe é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que realizam o acompanhamento a todos os usuários da unidade, além dos atendimentos destinados aos familiares em relação a orientações, recomendações do cuidado a serem dispensados, entre os outros.

3.2 Público alvo

Na busca de compreender o significado que os profissionais de enfermagem têm a respeito da humanização no ambiente de urgência e emergência, os participantes desse estudo foram os trabalhadores residentes do próprio âmbito de trabalho.

A escolha destes foi de forma intencional, assim, foram convidados a participar da pesquisa a equipe de enfermagem que atuam na unidade de urgência e emergência no período do turno vespertino e que concordaram de forma voluntária a participar do estudo. Foi realizado o convite de forma verbal a todos profissionais deste turno, sendo esclarecidos o objetivo e metodologia utilizada.

Aceitaram a participar da pesquisa seis (6) membros da equipe de enfermagem, sendo dois (2) enfermeiros e quatro (4) técnicos de enfermagem, assim usando critério de saturação quando as falas foram repetitivas entres os entrevistados. Para respeitar o sigilo aos participantes não foi citado o nome e nem a função exercida pelo profissional entrevistado, sendo assim, foram identificados como E1, E2, E3, E4, E5 e E6, E significando entrevistado e a numeração conforme a cronologia das entrevistas aconteceram Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual foi impresso em 2 vias, sendo que uma ficou com o participante e outra com os pesquisadores.

O critério de inclusão dos participantes na pesquisa foi embasado no pleno exercício de suas atividades na instituição/unidade durante a coleta de dados e que realizavam ações junto ao paciente nesse setor á pelo menos seis meses. Foram excluídos da pesquisa aqueles profissionais que atuavam em atividades assistenciais indiretas e que estavam com ferias agendadas durante a coleta de dados. Durante a coleta das informações os sujeitos do estudo foram identificados através de codinomes condizentes com seus discursos como já foi citado acima, caracterizados por sentimentos despertados no momento da coleta de informações.

3.3 Coleta das informações

A coleta de dados ocorreu após o projeto ter sido analisado e aprovado pelo CEP-UFFS, onde consta no parecer N°2.858.061 desta comissão, e na etapa seguinte a avaliação pela comissão do hospital.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) que, segundo Gil (2011), oferece um amplo campo de ação ao

pesquisador uma vez que a partir de questões previamente elencadas vai possibilitar ao entrevistado falar livremente.

Considerando a natureza do estudo, que consiste em realizar entrevistas com os participantes, acreditava-se que poderia ocorrer a manifestação de sentimentos oriundos das vivências práticas em urgência e emergência, principalmente no que tange aos aspectos da humanização. Neste sentido, os pesquisadores responsáveis se comprometeram com os respectivos encaminhamentos para serviços de saúde pública, onde seria prestada a assistência psicológica, minimizando os riscos oriundos da participação na pesquisa, sendo garantido ao participante nenhum custo com este tratamento. Reforçou-se que o (a) participante poderia sair da pesquisa, a qualquer momento. Se necessário os pesquisadores, poderiam inclusive interromper sua participação no estudo, durante o atendimento que eventualmente possa ser prestado, ofertando-se assim, uma assistência particularizada. No entanto, nenhuma das situações referenciadas acima ocorreu.

As entrevistas foram áudio gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise das informações. Foram realizadas em um ambiente tranquilo em um local previamente determinado no hospital. Cada participante respondeu a uma única entrevista que não excedeu a 30 minutos. As entrevistas foram agendadas com o participante de modo que não ocorreu nenhum tipo de prejuízo para o turno de trabalho.

A entrevista semiestruturada oferece ao pesquisador inúmeras possibilidades para que busque informações referentes à pesquisa. Procurou-se, desta forma, seguir questões norteadoras que serviram de guia no processo de coleta das informações.

3.4 Análise dos dados

Para a realização da análise dos dados da pesquisa foi utilizado como referencial para a análise e interpretação das falas dos participantes a

hermenêutica de Ricoeur (1990), seguindo os passos propostos por Crossetti (1997) e Motta (1997), descritos a seguir.

Leitura inicial do texto – O início do estudo proposto tem por objetivo uma leitura de compreensão ingênua dos discursos, ou seja, buscar os primeiros significados obtidos com as observações e as entrevistas. Com isto o pesquisador começa a construção dos significados contidos no discurso, sem questionar o que o participante descreve em seu texto. Neste momento organiza-se o material e a leitura deve ser feita tantas vezes quantas forem necessárias, com o objetivo de que comecem a emergir dos depoimentos a compreensão da humanização, no olhar da equipe de enfermagem, ou seja, na realidade por eles vividos.

Distanciamento – Nesta etapa, o pesquisador teve que participar da interpretação dos discursos, mas manteve afastados seus preconceitos e crenças construídas durante sua existência, para que o sentido dos discursos seja preservado. Desta forma, o pesquisador tem condição de refletir e desvelar os reais sentidos existentes, possibilitando o desvelamento dos sentidos provenientes dos discursos.

Análise estrutural – Neste momento, o pesquisador fez uma releitura profundamente crítica do que é aparente, ou seja, encontra a explicação, compreensão e interpretação da leitura realizada na primeira etapa, buscando o sentido do que está oculto nos discursos e na fala utilizada. De acordo com Silva (2014), para Ricoeur em 1990, o texto constitui a unidade de análise para a hermenêutica.

Identificação da metáfora – Nesta etapa é objetivada uma criação momentânea de outra linguagem, que fez com que seja desvelado o que estava até o momento implícito nos discursos, dando um novo sentido à linguagem. É feita a utilização das metáforas que emergem da compreensão dos temas e subtemas propostos anteriormente.

Apropriação – Finalizando o processo de análise e interpretação das informações, segundo Motta (1997), o pesquisador esteve pronto para compreender as metáforas estabelecidas na fase anterior. A obscuridade contida no estudo vai ficando de lado, possibilitando uma visualidade mais ampla. Após a

compreensão dos discursos, a pesquisadora pode apropriar-se da metáfora desvelada; quais sejam, as compreensões da equipe de enfermagem sobre a humanização no serviço de urgência e emergência.

O estudo possibilitou aos participantes a reflexão da sua prática promovendo o comprometimento com a atenção e o cuidado aos pacientes de maneira humanizada.

3.5 Dimensões éticas e legais da pesquisa

As normas sobre ética em pesquisa com seres humanos sintetizam o que determinada sociedade considera correto e justo para guiar o comportamento dos pesquisadores, num dado momento histórico. Implicam, portanto, uma discussão sobre a ciência e sua inserção social. A produção científica é sempre parcial, provisória, e resulta de decisões sociais sobre o que e como pesquisar. O mito da ciência neutra, produzida por cientistas isentos, caiu por terra há muito tempo, pelo menos entre pesquisadores das ciências sociais e humanas (CAMPREGHER; LONGONI, 2017).

Em atenção à Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentares sobre pesquisas que implicam na obtenção de informações a respeito de seres humanos, foi elaborado um termo de consentimento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), contendo duas vias de igual teor, sendo que uma permaneceu com os pesquisadores e outra com o (a) participante. Neste termo, os pesquisados foram informados acerca dos objetivos desta pesquisa, sua metodologia, bem como, a respeito do processo para a coleta, registro e análise das informações. Também foram garantidos a confidencialidade das informações obtidas, bem como a autorização da publicação dos resultados do estudo. As fitas de áudio contendo as gravações e suas transcrições ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, que após serão incinerados.

Para dar início a pesquisa, foi solicitado ao Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO I) desta Universidade, a permissão para realizar o estudo no referido município.

3.6 Divulgação dos dados

Acredita-se que o estudo contribuiu no sentido de permitir aos integrantes da equipe de enfermagem que atuam no setor de urgência e emergência, a reflexão acerca do processo de cuidado humanizado e a compreensão dos trabalhadores de enfermagem a respeito do significado da humanização onde atuam, desta forma melhorando a assistência e a efetividade no aspecto da acolhida humanizada. E os resultados foram divulgados para a instituição hospitalar por meio de um relatório com os principais achados no estudo. Ainda, foi produzido um artigo e publicado em periódico científico como forma de devolutiva aos envolvidos e também a instituição que se beneficiaram do estudo. Os resultados também serão divulgados em eventos acadêmicos internos da Universidade Federal da Fronteira Sul e possivelmente em um evento acadêmico externo, para ampliar sua disseminação.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Neste momento do estudo, busca-se desvelar os temas e subtemas emergidos da essência do fenômeno que se evidencia e se manifesta, oriundos da compreensão das metáforas identificadas. As dimensões fenomenológicas provenientes da interpretação dos discursos dão abrangência de maneira como este se mostra no significado da humanização sob o olhar da equipe de enfermagem. Identificam-se desta forma, os seguintes temas e subtemas:

4.1 Processo de trabalho no mundo do (des) cuidado:

4.2 Humanização no mundo do cuidado:

- 4.2.1. O ser aí no encontro com o outro;
- 4.2.2. Fortalecendo a relação de cuidado com os cuidadores
- 4.2.3. Elementos favoráveis para a humanização.

4.3 Cuidado in (seguro) na humanização:

- 4.3.1. Compartilhando eventos adversos
- 4.3.2. Construindo o cuidado seguro

4.1 Processo de trabalho no mundo do (des) cuidado

Este tema desvela o cotidiano da atuação da enfermagem, seus desafios e possibilidades num ambiente relacional, singular e distinto. Se configura pela interação do ser humano com o ambiente, num processo dinâmico de construção em que elementos organizacionais e gerenciais são essenciais para que a qualidade da assistência seja efetiva. Os discursos abaixo evidenciam este pressuposto:

A gente chega para receber o plantão e tem um turbilhão de pessoas pelos corredores, muitos pacientes que não foram atendidos ainda, esperando horas, é um começo de plantão já tumultuoso onde os pacientes estão cansados de estarem esperando (...) necessitaríamos mais funcionários, devido a demanda ser muito grande (E2).

A demanda aqui é muito alta, chego a classificar 80 pacientes em uma tarde, é exaustivo, a sala de espera fica extremamente lotada (...) Nossa equipe é pequena pela demanda exagerada de pacientes, as condições de trabalho são ruins, a equipe fica sobrecarregada e agitada e isso afeta nossa assistência. (...) a estrutura física é inadequada, requer um ambiente mais amplo, as condições que o hospital oferece, deixa a desejar, temos uma estrutura complexa, somos referência no oeste catarinense (E3).

Precisamos reduzir as filas, e o tempo de espera, mas a nossa estrutura física não permite, não temos espaço suficiente para tamanha demanda. Falta profissionais, equipamentos, macas, salas de emergências, leitos de observação, pela quantidade de paciente que recebemos, nossas condições são escassas (...) e conseqüentemente respinga em um atendimento melhor, mais humanizado. (...) encontramos profissionais indignados pela qualidade dos equipamentos, escassez de profissionais técnico, enfermeiros e médicos (...) muitas vezes estamos sobrecarregados e por falta de tempo, nossa assistência fica comprometida, é um absurdo! (E4).

O começo é bem tumultuoso, sempre os corredores estão cheios, e nessa hora devemos ter paciência e ao mesmo tempo agilidade, porém não podemos perder o controle de tudo. Devemos prestar atenção em tudo (...). Frequentemente contamos com situações adversas: número reduzido de funcionários, sobrecarga de trabalho, necessidade de procedimentos em tempo reduzido, indefinição do seu papel profissional, falta de respaldo da instituição, ambiente físico inadequado, falta de equipamentos e vários outros (E5).

É tudo corrido, não temos muito tempo, poderíamos ter mais técnicos, mais enfermeiros e médicos, assim conseguiríamos dar conta de atender a todos sem a correria, ter macas confortáveis, leitos emergenciais e espaço físico melhor e bem distribuído (E6).

As falas revelam um ambiente de trabalho em que as condições são adversas, identificadas pela sobrecarga de trabalho, necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, número insuficiente de funcionários compondo a equipe, indefinição do seu papel profissional, falta de respaldo da instituição, ambiente físico inadequado, falta de equipamentos, dentre outros. Estas situações impróprias tendem a gerar sofrimento e redução na qualidade do atendimento prestado, como ficou claro nos discursos dos cuidadores.

Ainda, foi possível abstrair que a equipe de enfermagem vive situações limítrofes em seu cotidiano na emergência, o limiar entre a vida e a morte torna-se tênue, causando um desgaste emocional, que é potencializado pelas condições escassas de atendimento, o que gera sofrimento e sensação de limitação no cuidado profissional.

Entre as diferentes unidades que compõem as instituições hospitalares, o setor de emergência é um local permeado de condições complexas, inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados. Acrescenta-se, ainda, que tal setor se caracteriza pelo dinamismo e rapidez exigida no atendimento à saúde, confrontando os profissionais com muitas situações de sobrecarga e com um processo de trabalho peculiar. Com isso, ao avaliar o cuidado a pessoas em situações limítrofes de vida e com risco de morte, imagina-se que o trabalhador acabe por direcionar seu olhar para questões específicas do seu cotidiano de trabalho, em detrimento de uma visão mais abrangente de outros aspectos, não menos importantes, entre eles os relacionados ao ambiente físico inadequado influenciando no cuidado profissional (O'DWYER, et al. 2017).

Geralmente, os serviços de urgência e emergência identificam-se por serem desafiadores, com maior fluxo de atividades de profissionais e usuários, devido ao ritmo de trabalho frenético e a chegada de pacientes com diversos tipos de patologias e ferimentos. Isso torna os serviços de emergência específicos e diferenciados perante outros serviços de saúde (MIORIN, et al. 2018).

Os participantes alegam que mesmo convivendo em condições inadequadas, cansativas e desumanas, uma vez que a sobrecarga de tarefas os esgota física e emocionalmente, eles dão o máximo de si para cuidar do outro, amenizar sua dor e sofrimento, tais sentimentos são revelados através dos relatos:

Mesmo com nossas condições limitadas de espaço físico, equipamentos, poucos funcionários e uma remuneração inadequada, buscamos inserir a humanização no nosso cotidiano de assistência, eu faço como um cultivo de sensibilização me colocando no lugar do outro para amenizar aquele sofrimento, aquela angústia, aquela dor, dando meu apoio, respeitando suas divergências, fazendo com que os pacientes possam contar comigo e confiar na minha competência profissional (E5)

Temos a satisfação, de que mesmo dentro dos nossos limites de condições de trabalho, prestamos uma assistência dentro do possível, para amenizar o sofrimento do paciente e sua família. (...) somos referência no atendimento especializado para algumas cidades da região (E4)

As falas manifestam que as condições restritas do ambiente de trabalho, afetam o processo de cuidado, e que em algumas situações a sobrecarga prejudica de maneira significativa a assistência. No entanto, os cuidadores reconhecem a importância do respeito ao outro mesmo com suas diferenças. Deste modo, acreditam que a relação de confiança entre o cuidador e o ser cuidado é possível, isto é, não se perca, seja efetiva.

Esta visão de satisfação concebido, propicia um olhar sobre o fazer dentro dos limites e da existência do outro, entendendo que no seu dia a dia de assistência vêm implantando uma abordagem humanística. Ainda, cultivam a sensibilidade agregando a empatia como valor essencial, onde apreende-se que o cuidado é percebido como um despertar da enfermagem e vem ao encontro do enfoque humanizado, que envolve demonstração de sentimentos, de dedicação, solidariedade, ternura, amor, ética e respeito à dignidade humana.

A construção de um cuidado autêntico e sensível vem do entendimento de que somos humanos e como tais necessitamos uns dos outros. O sentimento de satisfação em promover o alívio do sofrimento do outro pode significar a reposição de energias ao trabalhador (ALVES; 2015).

Segundo Silva (2015), na busca pela compreensão da dinâmica do trabalho da enfermagem, encontraram-se ações de cuidado dependentes do tempo, da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina. Além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida.

A política nacional de humanização inscreve em seus documentos e instrumentos formativos o processo de trabalho como a matéria-prima para se analisar os processos de produção de saúde. Tomando como inseparáveis os modos de cuidar e de gestão, aponta também a inseparabilidade entre clínica e política e nos diz que é no próprio caminhar que as questões surgem, forçando a invenção de novas estratégias e formas de atuar no cotidiano. Para nós, os documentos orientadores dessa política têm grande importância no fomento de discussões que coloquem em xeque modos naturalizados de trabalhar e ser trabalhador: desde a perspectiva que constitui a PNH, humanizar é analisar processos de trabalho (BRASIL, 2008).

4.2 Humanização no mundo do cuidado

Este tema se caracteriza pela compreensão de ser a humanização um processo de preocupação do ser humano com o outro e o significado da vida, evidenciando suas múltiplas dimensões. Neste contexto, integram espaços, condições e expressões singulares que permitem um olhar integral ao indivíduo e sua essência, como um ser imperfeito, insuficiente e inacabado. Este ser está neste mundo de cuidado com seu próprio modo de ser e, em constante crescimento ao relacionar-se com o outro.

Na condição de ser mundano, o homem relaciona-se, na cotidianidade, existindo nas diversas possibilidades: com o mundo circundante, o mundo público dos nós e o mundo próprio, do eu (Kirchner, 2016).

Ainda emerge neste tema, o sentimento de necessidade de valorização profissional, como um suporte de estímulo para permitir o a “vir-a-ser” profissional, neste mundo do trabalho. Desta forma, elencamos três subtemas:

4.2.1 O Ser aí no encontro com o outro

Este subtema elucida o significado que os profissionais atribuem ao vivenciar o “estar com” os seres cuidados no ambiente de trabalho. A existência humana se apresenta em uma relação apoiada no respeito a subjetividade do ser existencial, valorizando os envolvidos e se permitindo ser presença ao lidar com-o-outro, considerando sua vivência, seu modo de ser em si e estar com o outro. As ações e atitudes tem como foco a atenção ao ser humano. Estas concepções podem ser observadas nos relatos que seguem:

Humanizar é cuidar do próximo como gostaríamos de ser cuidados, ter um olhar único para a pessoa que você está prestando assistência, porque toda pessoa é diferente uma da outra, temos que levar em consideração e respeitar a sua individualidade como ser humano (E1).

Humanização é você se pôr no lugar do paciente, entender o lado dele, é saber por exemplo daquela dor, daquele sofrimento que ele está passando, (...) é você se colocar no lugar dele e atender ele da melhor forma que você puder. (...) cuidar o tom de voz que a gente usa, porque pode mudar o atendimento (...) o paciente tem seus valores, suas crenças, seus costumes, e ele está em um ambiente desconhecido, então tudo que você for realizar deve avisar (E2).

Humanização é ter diálogo entre profissional e paciente, é preocupar-se com o bem-estar dele, é a gente se dar bem com o paciente, conversar com ele, dar apoio e ver o que a gente pode fazer por ele, melhorando a qualidade no atendimento (...) é dar atenção, respeitar, criar um vínculo de segurança, explicar todo o procedimento que está sendo desenvolvido, estabelecer realmente os laços de que a gente tem responsabilidade no tratamento (...) é assistir em suas necessidades biológicas, físicas, mentais, sociais e espirituais, respeitando a individualidade de cada um (E3).

“(...) prezo por ser ágil e qualificado para atender a demanda do paciente que estou atendendo no momento, observando suas necessidades como um todo, respeitando suas diversidades cultural, crenças, valores e orientação sexual. É criar um vínculo entre paciente, profissional e familiar, essa relação auxilia e passa confiança, fazer com que eles possam confiar na sua capacidade profissional” (E4).

Os discursos evidenciam que os cuidadores têm conhecimento dos valores que permeiam o ambiente profissional no que tange a humanização. Percebe-se que consideram e valorizam a empatia, o diálogo, a escuta qualificada com sendo ferramentas balizadores do cuidado humanístico. Neste sentido, o estabelecimento de relações que promovam afetividade, vínculo, confiança é uma dimensão essencial do cuidado. Assim, todos os envolvidos são reconhecidos em suas singularidades, fato que propicia o cuidado autêntico.

Na compreensão do ser aí ao encontro do outro, revela-se que a valorização do ser humano é garantida pelo respeito e dignidade ao indivíduo dotado de direitos e deveres, o que contribui para a promoção de mudanças culturais nas instituições de urgência e emergência, através da formulação mútua de responsabilidades éticas e metodológicas, para atenção à saúde, proporcionando ao outro, uma atenção pautada em princípios humanizados, garantindo a recuperação do bem estar com qualidade, sem desvalorizar a pessoa humana.

O cuidador deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques, isto valoriza a integralidade dos processos de atendimento, das crenças e do estilo de vida do paciente e a individualidade do ser no atendimento (MILLANI, 2015).

Ainda, revela-se nas falas, que os profissionais percebem o ser humano como um ser relacional, que existe se colocando no lugar do outro, a partir dos relacionamentos que estabelecem entre si e através da construção de vínculos que se baseia na relação de respeito ao lidar com o outro.

Há exigência de conhecimento amplo sobre situações que envolvem risco de vida e controle dos profissionais sobre os processos de trabalho. Este domínio engloba, também, diversas exigências tais como: rapidez na tomada de decisão, agilidade, competência e capacidade de resolutividade de problemas (MIORIN, et al. 2018).

De acordo com Soares (2018), prestar um cuidado humanizado ao ser humano é um desafio de ser implementado. A rotina diária e complexa envolve os mais variados ambientes que a enfermagem atua, fazendo com que os membros da equipe, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua

frente. O profissional deve ser dotado de condições para executar as habilidades e competências técnicas, porém elas não são tudo, pois atuam a todo momento com o risco de vida, o que exige capacidade de realizar a técnica com agilidade naquele momento. É imprescindível que elementos humanos, éticos e estéticos façam parte do existencial de cuidado dos profissionais.

Já os valores morais e éticos são aqueles que ditam a melhor maneira de articular o cuidado, assim como o respeito ao outro, a solidariedade e a compreensão do papel de cidadão dos sujeitos inseridos no processo saúde-doença, permitem que a humanização seja implementada de forma a atender aos preceitos da PNH em sua totalidade (MILLANI, 2015).

4.2.2. Fortalecendo a relação de cuidado com os cuidadores

Este subtema, emergido do tema humanização no mundo do cuidado, desvela o entendimento de que, no mundo do cuidado, os relacionamentos humanos se constroem mediante a relação do fortalecimento de cuidado com os cuidadores. Ainda sobre, compreende-se nos discursos um manifesto sob a perspectiva de que a retribuição que o indivíduo espera do trabalho está, antes de qualquer outra, no reconhecimento e na valorização profissional, o qual não é mero adorno presente no discurso dos profissionais, mas representa fator relevante para a constituição da sua saúde e satisfação profissional. É o que se pode constatar nos discursos que seguem:

Nós funcionários precisamos de um olhar mais humano, seja nas condições de trabalho, remuneração até mesmo nos fornecendo equipamentos melhores (E1)

Devemos ter um ambiente de trabalho mais adequado, para que toda a equipe possa se sentir inserida e valorizada (...). É ter direito de ser acolhido de maneira humana e respeitosa. (...) hoje a instituição já oferece uma valorização aos funcionários, como comemorar datas inclusive lembrando dos aniversários de todos, o que promove uma motivação para se trabalhar melhor (E3)

Entende-se o reconhecimento como questão intermediária entre o trabalho e o prazer, uma vez que sem reconhecimento não há sentido, tão pouco prazer ou

apropriação da motivação para aguçar certas condições ao cuidador. Sem valorização, instala-se o sentimento de insatisfação, instigando uma reflexão aos profissionais onde podem perceber a necessidade de olhares e cuidados também voltados para eles.

O ambiente de trabalho possibilita ao ser humano se desenvolver como um ser social, para tanto é preciso que haja um espaço para convivência em que as relações sejam construídas de maneira favorável. Quando não há tempo para efetivar os relacionamentos, as equipes ficam com suas relações comprometidas.

Os significados destas falas, denota que o cuidado no âmbito profissional direcionado ao cuidador é insuficiente para compreender o cuidador nos seus aspectos gerais, como um ser. Assim, nota-se como estratégias salutaras o lazer e a motivação para implementar um cuidado ao cuidador, através da socialização de datas comemorativas, como aniversários, que atesta uma possibilidade de avanço na percepção dos cuidadores, assim promove motivação entre eles e possibilitam uma interação mais plena.

De acordo com (SANTOS, et al. 2017), a centralidade do componente da ação humana em todo o processo do cuidado da saúde tem como consequência a importância do trabalho dos profissionais na qualidade da prestação de serviços. Sendo assim, as condições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho, a motivação dos profissionais de saúde e suas inter-relações devem contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Faz-se necessário ainda segundo Dallabona (2016), o incentivo constante das organizações de saúde em ações que valorizem o diálogo e o reconhecimento, bem como o estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores. Assim, as relações interpessoais serão fortalecidas e culminarão em motivação e valorização da enfermagem e o melhor ambiente de trabalho. Isso emerge a necessidade de cuidado ao cuidador, pois esses precisam de equilíbrio profissional para melhor cuidar. Ressalta ainda que, em algumas instituições, o ambiente físico é inadequado ao tipo de atendimento, os equipamentos e materiais não favorecem a execução do trabalho.

4.2.3. Elementos favoráveis para a humanização

Neste subtema põe à vista a relação de elementos favoráveis para a humanização ao encontro de um ambiente agradável como a comunicação, a ética e o relacionamento interpessoal, pois elas têm influência direta no bem-estar do cliente, família e da equipe. As falas a seguir denotam a necessidade de se pensar elementos que contribuam para a humanização, dando a elas um sentido multidimensional, não apenas no sentido confinado ao ato de olhar, de ver, mas tornando-o uma atividade provida de sentimentos, responsabilidade, sensibilidade, ou seja, o cuidado pressupõe uma relação à pessoa, a família e a equipe e não a individualidade.

Prezo na nossa equipe uma comunicação efetiva e um bom relacionamento interpessoal, assim podemos trabalhar com maior eficácia, ética e humanização, tornando o cuidado qualificado (E3)

Precisamos fortalecer o trabalho em equipe de forma grupal, isto gera vínculo e união (E4)

Quando o atendimento prestado pela equipe é humanizado a tendência é que os pacientes e seus familiares tratem a equipe do mesmo modo, isto proporciona um processo integrado, com mais harmonia na equipe, tornado tudo mais fácil! (E5)

O apoio mútuo entre os membros da equipe promove senso de união e compreensão de aspectos emocionais relacionados ao cuidado em situações de emergência. Para os cuidadores de enfermagem, harmonia, união, respeito, compartilhar experiências, são situações que tornam o trabalho melhor, menos penoso e sofrido, o que proporciona assistência qualificada.

Um clima de compreensão e respeito favorece o compartilhamento de experiências e vivências, bem como oportuniza condições do livre exercício de expressão para opinar e sugerir acerca das questões assistenciais. Estas, quando acatadas ou levadas em consideração, são percebidas como situações que conduzem a um trabalho melhor e mais prazeroso (SUNDFELD, 2016). É no próprio trabalho que alguns profissionais encontram possibilidades de superar

insatisfações e melhorar sua qualidade de vida, por meio do convívio e da solidariedade (SUNDFELD, 2016). Portanto, é essencial que o ambiente laboral seja favorável a esta construção.

Embora haja esse movimento em direção à humanização orientado por políticas públicas como a PNH, nem todos os profissionais estão conscientes sobre tal situação e para tanto torna-se ainda mais difícil modificar suas práticas, que são enraizadas de valores, conceitos e atitudes compatíveis à formação que tiveram (SANTOS, et al. 2017).

4.3 Cuidado in (seguro) na humanização da assistência

Este tema revela que o ambiente de cuidado no hospital ainda está imerso num modelo mecanicista, com o foco do cuidar centrado no fazer e não no ser humano, contudo o saber e fazer dos membros da equipe de enfermagem, é praticada segundo uma visão fragmentada do ser, em que corpo, mente e espírito são vistos como entidades individuais, sem qualquer relação. Entretanto nos discursos esclarece que, vem acontecendo avanços para moldar a assistência, encontrando possibilidades de melhora para avançar neste processo de humanização. Assim, da interpretação dos discursos, neste estudo, permitiu-se neste tema os seguintes subtemas: compartilhando eventos adversos e construindo o cuidado seguro.

4.3.1. Compartilhando eventos adversos

No que tange sobre eventos adversos neste subtema evidenciam as concepções dos profissionais diante dos relatos elucidados, trazem que são comumente associados ao erro humano individual, porém devem-se considerar como desencadeadores as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas. As situações que predisõem aos

eventos adversos são o excesso de trabalho, a correria, e a falta de atenção e tudo adstrito a prudência, é o que se desvela nas falas a seguir:

Acredito que quando acaba a sensibilidade, quando não se toca o outro, quando tu vês o sofrimento e não te comove, não te sensibiliza, é hora de optar por outra profissão, e infelizmente temos muitos profissionais assim (E5)

A correria, o excesso de trabalho... Esquecem de passar algo no plantão, ou de aprazar as medicações e checar... esquecem de passar pendências de raio x, tomografias, exames laboratoriais para coletar... O paciente acaba sofrendo com isso... (E1)

Devemos prestar atenção em tudo o que nosso colega passa, principalmente nas fichas para não ter a mesmas medicações duplas tornando um erro gravíssimo...porque a gente chega e recebe o plantão e o colega só passa as intercorrências e alguma coisa pendente... (E2)

As falas revelam que a maioria dos profissionais reconhecem a importância da atenção no momento que está recebendo o plantão, sendo causador de alguns eventos adversos a comunicação falha entre a equipe/profissionais. Quanto às causas da ocorrência de eventos adversos, citam a falta de atenção e o descuido juntamente com a correria e a sobrecarga para realizar as atividades.

Neste subtema usou-se uma definição ampla de evento adverso, segundo Seitz (2015), é inconveniente não intencional provocado pela equipe de enfermagem neste caso, que pode ou não apresentar aumento do tempo de internação ou incapacidade.

Ainda sobre, esse subtema através do entendimento dos profissionais sobre evento adverso, evidenciou que é de importante relevância, pois se refere a segurança do paciente e também do profissional que atua no cuidado, podendo tornar-se um dilema diante das consequências desses eventos.

Realizar os cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possível, são os princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que direcionam a prática de profissionais que esmeram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação disponível (KALSING, 2014).

4.3.2. Construindo o cuidado seguro

Neste subtema os integrantes visualizam um encontro de cuidado construído a partir da relação empática em que o estar com o outro membro da equipe e o ser cuidado, se define pelo compromisso autêntico de cuidado dos seres deste encontro. Essa percepção se apresenta nas seguintes falas:

[...] para que o trabalho seja efetivo é necessário que se estabeleça vínculos entre os componentes da equipe, e isto acontece à medida que o tempo passa e vamos nos conhecendo e passamos a interagir melhor. (E3)

Você precisa ter uma boa equipe de trabalho, porque você não vai conseguir fazer nada sozinho, você pode até tentar, mas não conseguiu realizar alguns cuidados sozinho e principalmente em algumas situações de risco... (E2)

[...] conquistar o grupo, os familiares, fazer com que eles te conheçam, acreditem e confie em ti e no teu trabalho, buscar uma relação de respeito é um começo para se construir um cuidado seguro... (E6)

No surgimento dos discursos, os elementos que devem estar presentes para iniciar uma construção de cuidado seguro é a relação do grupo de cuidadores a partir da confiança e respeito, amizade e companheirismo, com valores focalizados no cuidar e resultam do ser-com da equipe de enfermagem e familiares, sendo um estar compartilhando com o outro o momento vivido numa sintonia dos cuidadores para que se fortaleça uma construção harmônica e segura no ambiente de cuidado.

Quando o cuidar acontece num clima de confiança e cooperação entre os seres envolvidos, a expressividade de todos os membros da equipe e familiares é garantida, tanto os cuidadores como os seres cuidados saem beneficiados desta construção segura. Neste sentido Silva (2015), relata que é fundamental para a construção do cuidado seguro o estabelecimento de vínculos no mundo do cuidado. Assim, o alcançar do cuidado seguro dá sentido a sua essência, proporcionando aprendizagem, crescimento e a harmonia entre os envolvidos, desse modo,

possibilitam-se resultados benéficos de ação de cuidar, elemento que fundamenta a prática do cuidado humano seguro.

No entanto cabe salientar que a atividade cotidiana no ambiente de urgência e emergência traz em si características que causam algum tipo de saberes ao cuidador no que tange a segurança do ser cuidado, conforme os discursos a seguir:

O paciente tem um nome, e é esse nome que nós profissionais temos que atribuir na nossa assistência e chama-lo... não pela doença ou número do leito... a identificação correta do paciente e a nossa fica mais seguro, abre um vínculo, e é o que eu vejo que nós, alguns profissionais da enfermagem geralmente têm um certo receio em se identificar... (E5)

[...] chego me identifico, pergunto o seu nome completo, data de nascimento e sempre comunico e explico qual é o procedimento que estou realizando... (E1)

Com a implantação da identificação segura com as pulseiras ficou mais fácil identificar o paciente... (E6)

No decorrer das falas os cuidadores elencam vários elementos de significância sobre o cuidado seguro, o momento de escuta dos cuidadores e identificação pelo nome do ser cuidado constitui-se em um item importante no processo de melhoria da qualidade da assistência segura, pois a construção das estratégias de segurança do paciente envolve, principalmente, os profissionais cuidadores que estão enredados com o cuidado direto ao ser cuidado. Nota-se a percepção dos cuidadores diante do assunto em algumas atitudes de comportamentos seguros e conseqüentemente reflete na assistência de qualidade prestada.

De encontro com os enunciados dos participantes, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado seguro em saúde por meio da implantação de metas voltadas à segurança do paciente, a saber: identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, são elementos significativos que compõe um passo extremamente importante para obter cuidado seguro (REIS, et al. 2017).

Ainda sobre Magalhães et al. (2017), afirma que na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado, a

segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, pois, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real. O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste instante, procura-se dividir com os leitores as experiências vividas durante o trajeto da pesquisa, onde apresenta os significados de humanização para a equipe de enfermagem.

Com a escolha da trajetória da pesquisa desenvolvida, e sabendo-se que a fenomenologia hermenêutica de Ricouer foi usada para análise e compreensão das falas dos participantes, permitiu-se os significados dos fenômenos, essência deste estudo. Respeitando a singularidade de cada sujeito, buscando a compreensão e a interpretação, assim como a apreensão da essência dos fenômenos, acredita-se nas possibilidades de articulação da humanização e da assistência no cuidado.

Diante da pesquisa realizada, pôde-se compreender a fundamental importância da humanização no cuidado, especificamente no atendimento de emergência, sendo um fator de notória importância para a qualidade na assistência. Nestes termos o Governo Federal, através do Programa Nacional de Humanização, tenta estimular a formação de vínculos entre os seres cuidadores e o ser cuidado,

diminuindo assim as barreiras que a tecnologia, a falta de profissionais e as jornadas de trabalho estabelecem nessa relação.

A partir das experiências descritas por cada um dos participantes, destaca-se que o profissional deve ter um olhar cuidadoso não só com o ser que está sendo cuidado, mas também com sua família, enfatizando a importância da empatia como importante característica intrínseca ao ser humano e não só por parte do cuidador. Assim sendo, colocar-se no lugar do outro vai além da compreensão, é reconhecer o sentido do cuidado humanizado através de suas ações como profissional.

A humanização é compreendida como um existencial básico de quem cuida, logo ela esteve presente na história da humanidade e nas teorias de enfermagem, historicamente conhecida como a arte do cuidar, a enfermagem ensina que deve haver alma no cuidado prestado. A adoração, os ideais e os valores que estão presentes na formação do cuidador deve elevar a humanização a um novo patamar tornando-se uma grandeza na integralidade da assistência no cuidado.

Desta forma, os significados de humanização aparecem com características próprias e singulares, fenômeno expresso pelo encontro estabelecido entre cuidadores e seres cuidados no ambiente do cuidado da emergência, que se estruturam nos seguintes temas e subtemas:

Processo de trabalho no mundo do (des) cuidado: configura-se no cotidiano da atuação da enfermagem, seus desafios e suas possibilidades num ambiente relacional, singular e distinto. Se caracteriza pela interação do ser humano com o ambiente, num processo dinâmico de construção em que elementos organizacionais e gerenciais são essenciais para que a qualidade da assistência seja efetiva.

Humanização no mundo do cuidado: caracteriza pela compreensão de ser a humanização um processo de preocupação do ser humano com o outro e o significado da vida, evidenciando suas múltiplas dimensões. E que existe o envolvimento existencial do cuidador com o ser cuidado, onde ambos vivenciam e compartilham o encontro do cuidado, reconhecendo suas singularidades. Este tema compreende os significados: o ser aí no encontro com o outro, fortalecendo a relação de cuidado com os cuidadores, elementos favoráveis para a humanização.

Cuidado in (seguro) na humanização da assistência: desvela-se que o ambiente de cuidado no hospital ainda está imerso num modelo mecanicista, com o foco do cuidar centrado no fazer e não no ser humano. Entretanto nos discursos esclarece que, vem acontecendo avanços para moldar o cuidado, encontrando possibilidades de melhora para avançar neste processo de humanização. Assim, permitiu-se os seguintes significados: compartilhando eventos adversos e construindo o cuidado seguro.

Nesse sentido, o método fenomenológico contribui para a humanização e a sua compreensão, pois seus pressupostos e abordagens guardam estreita relação com a concepção do cuidado, ou seja, onde o ser cuidado seja o sujeito e protagonista do seu processo saúde–doença.

Portanto, identifica-se as necessidades reais dos agentes sociais que são elos entre o ser cuidado, os seres cuidadores, familiares e gestores, o que poderá tornar a produção do cuidado em saúde mais humanizado pela escuta e pelo respeito a essas singularidades e características de contextos socioculturais e históricos próprios de cada realidade de vida a compartilhar.

Espera-se ter contribuído para a reflexão do saber sobre humanização para a equipe de enfermagem. Os significados desvelados trazem em si sentidos singulares, onde os cuidadores e seres cuidados, para edificar o cuidado humanizado, precisam ser compreendidos como seres humanos dotados de particularidades.

É necessário aprofundar essa pesquisa com novos estudos futuros, a fim de possibilitar mudanças nas concepções acerca da visão dos profissionais de enfermagem, da prática em cuidado, do significado de humanização, levando, assim, cada vez mais a compreensão do foco desta pesquisa que foi a humanização.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francielle Lopes. **A configuração da demanda de atuação dos assistentes sociais em serviços de saúde: questões do “social” como matéria-objeto de trabalho.** 2018. 408 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

ALVES, Maria Manoela Ribeiro. **Fim de vida em cuidados intensivos: a (s) prática (s) dos profissionais de saúde.** 2015. 314 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Médico-cirurgico, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, S.i, 2015.

BELLUCCI, José Aparecido Junior; et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 23, n. 1, p. 82-87, mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: 2003.

BRASIL. **HumanizaSUS: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**.

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, DF, 2008. [[Links](#)]

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. 2001

CAMARGO, Poliana da Silva Almeida Santos. Representações Sociais de Docentes da EJA: afetividade e formação docente. **Rev. Educ. Real**. Porto Alegre, v. 42, n. 4, p. 1567-1589, 2017.

CAMPREGHER, Glaucia; LONGONI, Lucas Schönhofen. A natureza humana do comportamento individual nos primórdios do pensamento econômico: uma comparação entre Hume, Smith e Bentham. **Rev. Econ. soc.** Campinas, v. 26, n. 1, p. 111-139, 2017.

CALEGARI, Rita de Cássia; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; SANTOS, Marcelo José dos. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 42-47, Dec. 2015.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Processo de cuidar: uma aproximação a questão existencial na enfermagem**. 1997. 157 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

DALLABONA, Márcia Ivete; SILVA, Milena Mery da. **Cuidar de si e do outro: desafios da enfermagem**. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, 2016

FARIAS, Ana Nunes Pereira Neta. **Humanização na estratégia de saúde da família: percepções dos profissionais que atuam em um centro de saúde da**

comunidade na cidade de Palmas - TO. 2017. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Universidade Federal do Tocantins, 2017.

FAVERO, Luciane; et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem.** vol. 22. nº 2. Editorial Universidade Federal de São Paulo: 2009.

FEIJOO Ana Maria Lopez Calvo de; GOTO Tommy Akira. É possível a Fenomenologia de Husserl como método de pesquisa em Psicologia? **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** vol. 32. nº4. 2017.

FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Rev. Brasileira de Enfermagem.** vol. 69, nº 2. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 200 p.

ISSI, Helena Becker. **O mundo vivido da enfermagem pediátrica : trajetória de cuidado.** 2015. 390 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

KALSING, Rosana Maria Kraemer. **A percepção da equipe de enfermagem frente à notificação de eventos adversos.**2014. 40 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro Universitario Univates, Lajeado, 2014.

KIRCHNER, Renato. A ANALÍTICA EXISTENCIAL HEIDEGGERIANA: UM MODO ORIGINAL DE COMPREENDER O SER HUMANO. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.** Campinas, Sp, v. 2, n. 8, p.112-128, dez. 2016.

LELIS, Ana Luiza Paula de Aguiar; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Fases da teoria humanística: análise da aplicabilidade em pesquisa. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1113-1122, 2014.

LIMA, Andreza Aparecida de. **Eu cuido de você... E você, cuida de mim? Um olhar sobre o cuidado por idosas que moram sozinhas.** 2018. 168 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2018.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; KNIHS, Neide da Silva. **Segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.** 2017. 4 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Ufsc, Florianópolis, Sc, 2017.

MATOS, Valéria Chiristine Albuquerque de Sá. **Hermenêutica da saúde: contribuições para o saber-fazer do psicólogo hospitalar**. 2016. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2016.

MELO, Maria Lúcia de Almeida. Contribuições da hermenêutica de Paul Ricoeur à pesquisa fenomenológica em psicologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 296-306, Aug. 2016 .

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes. **Ética e psicanálise na formação do profissional enfermeiro**. 169 f. Tese (doutorado) – Universidade Metodista de Piracicaba. São Paulo, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007> HYPERLINK
["https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-)

MIORINI, Jeanini Dalcol; CAMPONOGARA, Silviomar; PINNO, Camila; BECK, Carmem Lúcia Colomé; COSTA, Valdecir; FREITAS, Etiane de Oliveira. **Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro**. Texto Contexto Enferm, 2018.

MORAIS FILHO, Luiz Alves. **O ensino do cuidado profissional em urgência/emergência em um curso de graduação em enfermagem do Rio Grande do Norte**. 2015. 319 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Sc, 2015.

Motta MGC. **O ser doente no tríptico mundo da criança, família, hospital: uma visão fenomenológica das mudanças existenciais [tese]**. Florianópolis (SC): Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ UFSC; 1997.

O'DWYERL, Gisele; et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, 2017.

OLIVEIRA, Edina Araújo Rodrigues; ROCHA, Silvana Santiago. O cuidado cultural às crianças na dinâmica familiar: reflexões para a Enfermagem. **Rev. Interdisciplinar**, v. 8, jan-fev-mar, 2015.

PAGLIOTTO, Laura Formigoni; et al. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência no interior paulista. **Rev. CuidArte Enfermagem**. v. 10, nº 2. São Paulo: 2016.

PAULA, Jordana Aparecida de. **Cuidado de Si do Adolescente no contexto da promoção à saúde: Um estudo fenomenológico**. 2017. 87 f. Dissertação

(Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

PASSOS, Sílvia da Silva Santos. **Quotidiano de familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas com dependência para o autocuidado.** 2015. 315 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

RAMOS, Josafá Lima. **Elaboração psíquica de pacientes oncológicos: uma reflexão a partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade.** 2016. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2016.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos; HAYAKAWA, Lílíana Yukie; MURASSAKI, Ana Cláudia Yassuko. **Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores.** 2017. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2017.

SANTOS, Lúcia Robertta Matos Silva dos. **Sentidos subjetivos sobre a humanização por profissionais de saúde em um hospital público.** 2017. 267 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal da Bahia Instituto de Psicologia, Salvador, 2017.

SANTOS, José Luís Guedes dos; et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Vol. 18, n. 2, 2017.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre empatia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** vol. 20. Editora Universidade Federal do Rio de Janeiro: 2016.

SCREMIN, Simone Medianeira. **Emergência lotada: Percepções dos Residentes sobre o trabalho multiprofissional.** 2017. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SEITZ, Eva Maria. **Erro humano na saúde: o caso com medicamentos de alto risco por via intravenosa / Eva Maria Seitz; orientador, Eugenio Andrés Díaz Merino - Florianópolis, SC, 2015.**

SILVA, Joseane Dorneles da. **Satisfação e motivação dos profissionais de saúde que trabalham na Rede de Urgência e Emergência da 15ª Regional de saúde do Paraná – PR.** 81f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Centro Universitário Cesumar. Maringá, Paraná, 2015

SILVA, Eduardo Dias da. **Hermenêutica-fenomenológica como metodologia em linguística aplicada.** 2014. 20 f. Tese (Doutorado) - Curso de Letras, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SOARES, Patricia Rodrigues. **O conforto da criança hospitalizada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da família e dos profissionais de enfermagem.** 2018. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

SOUSA, Paulo Cesar Cardoso; et al. Humanização da assistência de enfermagem em unidade de urgência e emergência. **Rev. Interdisciplinar.** vol. 8. n° 1. 2016.

SOUZA, Hugo Alberto Neves de. **Enfermeiros na capital do brasil: do perfil de estudantes aos efeitos do masculino na enfermagem (1921-1942).** 2018. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SUNDFELD, Ana Cristina. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo.** 2016. 209 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo-faculdade Pública de Saúde, São Paulo, 2016.

APÊNDICE A

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado participante, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: Significado da humanização para a equipe de enfermagem de uma unidade de emergência. Desenvolvida por Eliton dos Anjos, acadêmico de Enfermagem, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó sob orientação da Professora Dr^a Kátia Lilian Celich. O objetivo central do estudo é: Compreender o significado da assistência humanizada no contexto do

atendimento em urgência e emergência da equipe de enfermagem de um hospital do Oeste Catarinense, já que humanizar a saúde significa então, valorizar nas práticas o relacionamento entre o profissional e o paciente baseado no respeito e confiança, garantindo assim, a assistência equitativa e a dignidade do cliente.

O convite a sua participação se deve à ser trabalhador na enfermagem, e estar na escala de trabalho fixa no período vespertino no serviço de urgência e emergência do HRO no período de maio a julho de 2018. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. É garantido ao participante o sigilo absoluto. Para alcançar o objetivo proposto nesta pesquisa, o instrumento utilizado para coleta das informações constitui-se de uma entrevista. As entrevistas serão áudio gravado e posteriormente transcrito na íntegra para análise das informações. Serão realizadas em um ambiente tranquilo em um local previamente determinado no hospital.

Cada participante responderá a uma única entrevista que não excederá a 15 minutos. As entrevistas serão agendadas com o participante de modo a não haver prejuízo para o turno de trabalho. Os participantes não serão identificados, sendo mantido o anonimato e sigilo.

O projeto será realizado no Hospital Regional do Oeste em Chapecó-SC, onde é referência para mais de 20 municípios, sendo assim é alta complexidade de neurologia, oncologia e trauma-ortopédico. A unidade de Urgência e emergência do HRO atende por dia cerca de 300 atendimentos gerais. As entrevistas serão agendadas com o participante de modo a não haver prejuízo para o turno de trabalho.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item XI.2.f).

Os estudos de caso serão armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de demonstrar sua compreensão na assistência humanizada bem como os benefícios aos pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência do HRO.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via.

Desde já agradecemos sua participação!

Chapecó, julho de 2018

Assinatura do Pesquisador Responsável

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento da pesquisadora ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Katia Celich, pelo e-mail: katia.celich@uffs.edu.br, ou com o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul UFFS, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, pelo e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br, endereço: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Nome completo do (a) participante:

Assinatura:

APÊNDICE B**Solicitação de Autorização para Implementação de Projeto de Pesquisa**

Chapecó, 05 de ABRIL o de 2018.

Gerência de Serviços

Solicitação de Autorização para Implementação de Projeto de Pesquisa Eu, Katia Lilian Celich, responsável pelo projeto de pesquisa, intitulado Significado da humanização para a equipe de enfermagem de uma unidade de emergência, o qual pertence ao curso de Enfermagem da UFFS, vimos pelo presente, solicitar, através da Gerência de Serviços, autorização para realizar o projeto acima descrito, no Hospital Regional do Oeste - HRO.

Contando com a autorização desta instituição, nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Katia Lilian Sedrez Celich

APENDICE C

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

As questões orientadoras utilizadas para a pesquisa serão:

1. Fala-me sobre o seu cotidiano profissional.
2. O que é humanizar/ humanização em enfermagem para você?
3. O que você entende por humanização das condições de trabalho e da equipe de enfermagem que atua na unidade de urgência e emergência?
4. Como você desenvolve a humanização na sua prática profissional diariamente?

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significados da humanização para a equipe de enfermagem de uma unidade de emergência do oeste catarinense **Pesquisador:** Kátia Lilian Sedrez Celich **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 94031018.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.858.061

Apresentação do Projeto:

Já apresentado em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado em parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado em parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP. Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Página 01 de

Continuação do Parecer: 2.858.061

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1169738.pdf	24/08/2018 11:38:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_Eliton.pdf	22/08/2018 20:12:09	Kátia Lilian Sedrez Celich	Aceito

Página 02 de

Continuação do Parecer: 2.858.061

Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_pendencias_Eliton.pdf	22/08/2018 20:11:38	Kátia Lilian Sedrez Celich	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/08/2018 20:11:15	Kátia Lilian Sedrez Celich	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan_ElitonA.pdf	05/07/2018 14:17:54	Kátia Lilian Sedrez Celich	Aceito
Outros	entrevista_eliton.pdf	05/07/2018 14:16:11	Kátia Lilian Sedrez Celich	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_ps.pdf	05/07/2018 13:56:40	Kátia Lilian Sedrez Celich	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 31 de Agosto de 2018

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

