

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: PERCEÇÃO DO USUÁRIO*

Inês Maciak¹, Juliana Vieira de Araujo Sandri², Fernanda Drech Spier³

RESUMO: O Sistema Único de Saúde volta a sua atenção para a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Este artigo tem como objetivo analisar o atendimento recebido, a satisfação e os problemas enfrentados na Unidade de Emergência do HUOP, segundo a percepção dos usuários ou familiares. Estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório que utilizou um roteiro com perguntas semi-estruturadas e diário de campo para a obtenção dos dados da análise, identificados em duas categorias: 1) Logística no atendimento de enfermagem do pronto-socorro; 2) Assistência de enfermagem. Embora os resultados tenham mostrado deficiências na resolutividade da atenção básica à saúde, na regulação/atendimento, estrutura física hospitalar e no ambiente de trabalho, os usuários e familiares consideraram a assistência de enfermagem adequada por terem sido atendidos com atenção, carinho e eficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem; Humanização da assistência; Serviços de saúde.

HUMANIZATION OF THE NURSING ATTENDANCE IN AN EMERGENCY UNIT: PERCEPTION OF THE USER

ABSTRACT: The Unified Health System focuses its attention on the implantation of the National Hospital Attendance Humanization Program. This paper presents an analysis of the nursing attendance, the satisfaction and the problems faced in the HUOP Emergency Unit, according to the user's perception and their relatives'. It is a qualitative, descriptive and exploratory study. A semi-structured guide of questions and a field diary were used in order to gather data, and the analysis identified two categories: 1) Logistics in nursing attendance in the emergency unit; and 2) Nursing attendance. Although the results have shown deficiencies in the resolution of basic health attendance as for regulation/attendance, hospital physical structure and in the work environment, users and their relatives have considered nursing attendance suitable regarding its attention, care and efficiency.

KEYWORDS: Nursing care; Humanization of assistance; Health services.

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIA: PERCEPCIÓN DEL USUARIO

RESUMEN: El Sistema Único de Salud direcciona su atención para la implantación del Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Este artículo tiene como objetivo analizar el atendimento recibido, la satisfacción y los problemas enfrentados en la Unidad de Emergencia del Hospital Universitario del Oeste del Paraná (HUOP), según la percepción de los usuarios o familiares. Estudio cualitativo, de carácter descriptivo y exploratorio, que usó una guía con preguntas semiestructuradas y un diario de campo para conseguir los datos para análisis, identificados en dos categorías: 1) Logística en el atendimento de enfermería de primeros auxilios; 2) Asistencia de enfermería. Aunque los resultados hayan mostrado deficiencias en la resolutividad de la atención básica a la salud, en la regulación/atendimento, estructura física hospitalaria y en el ambiente de trabajo, los usuarios y familiares consideraron la asistencia de enfermería adecuada por haber sido asistidos con atención, afecto y eficacia.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería; Humanización de la atención; Servicios de salud.

*Trabalho referente ao PIPG – Programa de Integração Pós-graduação e Graduação da Universidade do Vale do Itajaí. Corresponde a uma etapa da dissertação de mestrado do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

¹Enfermeira. Mestranda do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Docente Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho e do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí.

³Enfermeira. Mestranda do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Autor correspondente:

Inês Maciak

Rua Casemiro Chervinski, 158 – 85050-490 – Cascavel-PR

E-mail: inesmaciak@gmail.com

Recebido: 14/08/08

Aprovado: 02/03/09

INTRODUÇÃO

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

O avanço do racionalismo tecnicista perdeu de vista o ser humano, trazendo consigo uma assistência à saúde fragmentada e mecanizada, com protocolos e rotinas para serem aplicados aos usuários do serviço de saúde e, com isso, abandonaram-se valores humanos que necessitam ser resgatados para que a ciência seja realmente eficiente e resolutive. Sendo assim, é necessário exercitar efetivamente práticas de saúde que atendam a integralidade na assistência, no sentido de melhor atender o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), cumprindo, inclusive, os preceitos constitucionais. A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196, diz que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação^(1:33).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos princípios e diretrizes doutrinários: “universalidade, equidade, autonomia, integralidade, igualdade”^(2:4).

Em 2000, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que divulga o conceito de humanização para todas as instituições hospitalares, por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada, que visa o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais da Saúde e dos usuários.

A humanização é entendida como valor, à medida que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber^(3:33).

O SUS, após conquistas e muitas lutas, tem conseguido ampliar a cobertura e o acesso à assistência à saúde e, atualmente, volta sua atenção para um novo

desafio que é a implantação do PNHAH, pois se defronta com a necessidade de melhorar qualitativamente os serviços prestados à população e, por isso, vem reestruturando suas ações e estratégias para possibilitar bom contato humano entre profissionais da Saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, em busca de qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários. Busca, portanto, a difusão de uma nova filosofia de humanização na rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS. O PNHAH descreve que “o processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades”^(5:8).

Assistência humanizada é o cuidado que se resgata dos pequenos e grandes eventos do dia-a-dia, que tornam o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra “no sentido de prestar um atendimento personalizado, voltado não para a doença, mas para o ser humano que adoce”^(4:458).

Em virtude das ações humanizadoras e transformadoras propostas pelo SUS, constata-se, no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), a existência de inúmeros problemas, refletidos nos usuários e seus familiares, bem como nos pacientes graves, que chegam em ambulâncias, sem reserva de leito e garantia de atendimento imediato. Toda essa demanda acaba formando, ao longo do corredor da Unidade de Emergência do HUOP, filas de macas e cadeiras, com pacientes que aguardam por leito, por cirurgia e procedimento ou internamento, além de outros, na sala de emergência, esperando por vaga na Unidade de Terapia Intensiva.

Diante dessa diversidade de atendimento e serviços, observam-se familiares angustiados, sentindo-se impotentes pela morosidade do atendimento. Devido a esse contexto, desenvolveu-se um estudo com o objetivo de analisar o atendimento recebido, a satisfação e os problemas enfrentados na Unidade de Emergência do HUOP, segundo a percepção dos usuários ou familiares.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este é um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, que utilizou um roteiro de perguntas semi-estruturadas para entrevista, além do

diário de campo para o registro das observações da pesquisadora.

A coleta de dados ocorreu no Pronto-Socorro do HUOP, instituição referência para o atendimento de urgência, emergência, média e alta complexidade em clínica médica e cirúrgica para o SUS em toda a região Oeste do Estado do Paraná,

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí (Itajaí/SC), os dados foram coletados de julho a agosto de 2007, duas vezes por semana, em turnos alternados, manhã, tarde ou noite, conforme escala elaborada e de comum acordo entre os profissionais da enfermagem e a direção de enfermagem.

Os sujeitos pesquisados foram quatro usuários adultos e três familiares acompanhantes. Os usuários responderam aos questionamentos referentes ao atendimento do profissional da enfermagem no Pronto-Socorro. A abordagem aos usuários ou familiares ocorreu de forma casual, ou seja, a pesquisadora conversou com eles, perguntando sobre amenidades para, em seguida, entrar nas questões relacionadas à pesquisa. Dessa maneira, conseguiu a participação deles. À medida que aceitaram responder o questionário, foi lhes informado que seria de forma espontânea, e que o anonimato e o sigilo seriam mantidos se resolvessem desistir da participação, sem prejuízo em seu atendimento hospitalar. A autorização foi firmada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pesquisados foram identificados como U para usuários e F para familiares, em números crescentes, seguindo a cronologia da entrevista (U.1, U.2,...), com o mesmo procedimento para os familiares.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento com perguntas referentes à caracterização dos sujeitos pesquisados e sobre a humanização da assistência de enfermagem. Ambas as informações foram obtidas por meio de entrevista gravada e transcritas na íntegra, sendo que, para a assistência de enfermagem humanizada, adotou-se um roteiro de perguntas semi-estruturadas que pudesse avaliar a percepção do usuário ou familiares quanto à qualidade da assistência de enfermagem recebida. O referido instrumento foi construído com base no objetivo proposto. Para verificar o rigor e a confiabilidade dos dados coletados, foi testado o procedimento de abordagem aos sujeitos a serem pesquisados e o instrumento utilizado em três usuários e familiares que estavam recebendo atendimento de emergência e urgência no HUOP. O instrumento não necessitou ser

modificado. Quanto à abordagem, percebeu-se que a pesquisadora deveria ser cautelosa, porque eles se encontravam em situação de fragilidade e de estresse.

Assim, com base nas respostas dos participantes, foi realizada a análise dos dados, agrupadas em duas categorias, para demonstrar as percepções dos usuários ou familiares sobre a assistência de enfermagem recebida no Pronto-Socorro do HUOP. As categorias foram: 1) Logística no atendimento de enfermagem do Pronto-socorro do HUOP; 2) Assistência de enfermagem. O referencial metodológico para a análise foi baseado em Bardin⁽⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização dos pesquisados, a idade dos usuários ou familiares variou de 38 a 85 anos. O gênero masculino prevaleceu em número. A maioria casados ou em comunhão estável. Quanto à escolaridade, predominou o ensino fundamental, mas foram registrados analfabetos. A renda mensal, relatada por muitos, foi de um salário mínimo, e poucos informaram que recebem até mil reais. Quanto à procedência, houve um equilíbrio: 50% oriundos de Cascavel (PR), e 50% de municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde.

Os usuários ou familiares foram encaminhados, na maioria, por intermédio do PAC (Pronto Atendimento Comunitário 24 horas), e outros, pelo serviço de resgate do SIATE, da concessionária 'Rodovia das Cataratas' da BR 277, do SAMU de Cascavel (PR), e da Central de Regulação de Leitos (CRL), que atende os 25 municípios da microrregião. Os motivos do encaminhamento eram por várias causas: politraumas, acidente de trabalho com lesão vascular; edema agudo de pulmão; acidente vascular encefálico; trombose venosa profunda; dentre outros. Todos foram atendidos pela consulta médica de plantonistas e depois encaminhados aos especialistas. Muitos precisaram realizar exames laboratoriais e de rádio-imagem para auxiliar no diagnóstico.

Humanização da assistência de enfermagem

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

dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, vislumbrando a eficiência da resolutividade dos serviços prestados pelos hospitais do SUS⁽⁷⁾.

Na intenção de analisar a humanização da assistência de enfermagem, através da percepção do usuário ou familiar, no serviço de Pronto-Socorro de um hospital público, e tendo como base os princípios e diretrizes da PNHAH, identificaram-se, a partir da coleta de dados, duas categorias com suas respectivas codificações: 1) Logística no Atendimento de enfermagem do Pronto-Socorro do HUOP: Resolutividade na atenção básica de saúde; financiamento do SUS; atendimento hospitalar; organização do atendimento de enfermagem; estrutura física e demanda; ambiente de trabalho/espço. 2) Assistência de Enfermagem: Avaliação da Assistência de Enfermagem.

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

A enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente/cliente, em toda a sua integralidade como ser biológico e social. Historicamente, o trabalho de enfermagem tem envolvido dois campos de atividades, que identifico como o dos cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial^(8:39).

Os hospitais estão organizados para tratar apenas das doenças das pessoas, mas o fato do usuário estar internado não lhe tira a característica humana de totalidade. No momento em que os usuários ou familiares foram indagados sobre como foi à assistência recebida pelos profissionais de enfermagem, informaram que foi satisfatória e adequada, portanto uma avaliação da assistência de enfermagem positiva na percepção do usuário ou familiar. Conforme segue:

Quanto à enfermagem está bem, são bem atenciosos. [...] pelo menos eu, não tenho o que me queixar de nada. O atendimento é bom. Fui bem atendida [...](F.1).

[...] são bem atenciosos. Mesmo aqui na maca, estão atendendo bem. Dão banho, fazem a

medicação trocam o soro (F.2).

[...] 150%, sem exagero nenhum. Não, teve problema não, muito bem encaminhado [...]. Não teve problema nenhum, não (U.4).

Foi possível observar nas narrativas dos usuários e familiares que, mesmo acomodados em maca e cadeira expostas no corredor por falta de leitos na instituição e na rede assistencial, sentem-se bem atendidos pelo profissional de enfermagem no Pronto-Socorro do HUOP. Foram unânimes nessa afirmativa porque eles são atenciosos, cuidam bem dos pacientes e não lhes faltava nada.

Dessa forma, pode-se constatar que as atitudes do cuidador devem ser permeadas pelos atributos que consistem em atenção, calor humano, carinho, amor e dedicação. A avaliação positiva da assistência de enfermagem pelo cuidado para com os usuários ou familiares foi abordada por todos os entrevistados de forma satisfatória. Quanto a isto, a qualidade da assistência, na percepção do usuário, está mais associada à humanização do cuidado e atitudes do cuidador⁽⁹⁾.

Observamos, pelos relatos que a logística do atendimento de emergência no Pronto-Socorro tem acontecido, na maioria das vezes, sem respeitar a porta de entrada no sistema de saúde preconizado pelo SUS. Também os usuários e familiares manifestaram descontentamento com a resolutividade da atenção básica de saúde realizada no PAC, informando que é muito limitada, e ineficiente o atendimento. Precisam retornar inúmeras vezes ao PAC sem resolver seu problema, pois recebem tratamento paliativo para o alívio do sintoma, sem um diagnóstico ou tratamento definitivo. Este tipo de conduta tem provocado o agravamento do quadro de saúde do usuário. Por exemplo, uma crise hipertensiva evoluiu para um acidente vascular cerebral. Fato observado no comentário de F3, que viveu esta situação:

Lá no PAC ficaram esperando piorar bem. Ela foi levada muitas vezes no PAC, teve dia, sábado, que levei duas vezes no dia, levei dez horas e levei de noite também. Ela cada vez pior. Lá no PAC ficaram enrolando, esperaram ela cair mesmo, dá o derrame, para daí mandar para cá. Esperaram piorar bem. Só encaminharam quando caiu (F.3).

Outro familiar (F1) diz que foi atendido no PAC, mas como não tem, em sua estrutura, o médico

especialista em Ortopedia, foi encaminhado para o HUOP:

Eu fui ao PAC. Aí no PAC, ela fez tudo, fez raios-X, tudo, encaminhou para cá por que lá, não tem ortopedista, ela precisa agora de consulta com o ortopedista (F.1).

Os serviços de urgência e emergência devem ser referência para um ou mais municípios de menor porte, caracterizando a regionalização, bem como deverão seguir os princípios da universalidade, atenção integral e equidade de acesso⁽¹⁰⁾.

Cascavel (PR) segue as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao acesso aos serviços de saúde pelo SUS, que deve acontecer pela Unidade Básica de Saúde-UBS mais próxima ao local de moradia do usuário e, em risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a sua remoção em condições seguras⁽¹⁰⁾. O município de Cascavel (PR), além das 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), possui também dois PACs, que atendem a demanda que as UBS não dão conta de atender em seu horário de expediente e nos casos caracterizados como urgentes. No período noturno, finais de semana e feriados, o acesso é direto nos PACs.

Em 16 de agosto de 2006, o Ministério Público pactua o Fluxo de Encaminhamentos dos usuários do SUS para os PACs/ Central Estadual de Leitos/ hospitais públicos e conveniados ao SUS⁽¹¹⁾, que deverá tomar as seguintes medidas: Na média complexidade (Nível 1), com indicação de tratamento hospitalar e sob regime de internação, o PAC deverá solicitar vaga na Central Estadual de Leitos; a Central Estadual de Leitos deverá viabilizar a vaga em um prazo de 24 horas, a contar da hora da solicitação; quando não houver disponibilização de vagas pela Central Estadual de Leitos, dentro das 24 horas, o PAC poderá solicitar à Regulação Médica de Urgências/SAMU 192, a regulação da “porta de entrada” mais adequada do sistema hospitalar. O paciente que se recusar a ocupar leito fora do domicílio, deverá aguardar vaga via Central Estadual de Leitos, mesmo após as 24 horas do prazo estabelecido, salvo se evoluir a complexidade do atendimento. Os casos de trauma e da clínica pediátrica serão referendados automaticamente para o HUOP, considerando o Termo de Ajustamento de Conduta, assinado em 6 de abril de 2006.

Na média e alta complexidade (Nível 2 e 3), com indicação de tratamento hospitalar, sob regime

de internação ou não, deverá ser estabilizado no PAC, e este solicita a Regulação Médica de Urgências/SAMU 192, bem como é respeitado a Grade Assistencial de Habilitação em Alta Complexidade da Divisão de Controle e avaliação da Secretaria municipal de Saúde, a qual define o encaminhamento dos pacientes, conforme a gravidade e especialidade, aos diversos serviços hospitalares da região, sendo que o HUOP é referência exclusiva na região em gestação de alto risco, tratamento intensivo neonatal, Neurologia, Ortopedia, doenças infecto-contagiosas e cirúrgica pediátrica.

Portanto, a porta de entrada para o serviço do Pronto-Socorro do HUOP do município de Cascavel (PR) é a UBS e os PACs, ou seja, aquele que estiver mais próximo da residência do usuário. No entanto, se nenhum destes estabelecimentos de saúde tiver possibilidade de prestar o atendimento, a demanda passa a acontecer direta ou indiretamente no Pronto-socorro do HUOP. Quando a procura acontece diretamente no Pronto-Socorro, sem o devido encaminhamento, a tendência é superlotar o serviço, que deveria ser para atender as urgências e emergências. Desse modo, quando não encontramos resolutividade na atenção básica de saúde, os serviços que deveriam ser de média complexidade passam a fazer o papel da atenção básica de saúde.

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

Como o HUOP é um hospital público, recebe o usuário e presta a assistência emergencial mesmo sem ter as condições ideais. Como, na maioria dos casos, há necessidade de internação e o hospital não dispõe de vaga, a CRL é acionada para fazer a busca do leito dentro da rede assistencial, para a transferência após a estabilização do quadro clínico. A transferência é realizada por ambulância ou UTI móvel, segundo a necessidade. Desse modo, as vagas são limitadas para a baixa complexidade nos hospitais dos municípios

vizinhos pertencentes à microrregião. No entanto, há outro problema, os usuários e seus familiares se negam ir para centros menores, com receio de que haja agravamento da situação e a instituição não tenha estrutura que garanta a assistência. Então, preferem permanecer no corredor, em cima da maca, mas com a garantia de receber a assistência ‘especializada’.

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

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

As 32 UBS de Cascavel (PR) estão distribuídas em todo o território municipal, urbano e rural. A rural é dividida em dois distritos municipais com organização política administrativa própria, através das subprefeituras que estão subordinadas ao governo municipal de Cascavel. Nestes distritos, estão locadas oito equipes da ESF, e na área urbana, há duas equipes da ESF em uma única UBS. Portanto, o município de Cascavel possui um total de 10 equipes da ESF para atender uma população de 285.784 habitantes. Cada equipe⁽¹⁰⁾ se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de três a quatro mil e quinhentas pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde, ou seja, haveria necessidade de mais 53 equipes de ESF para totalizar 100% de sua cobertura territorial.

Conforme recomenda a Política Nacional da Atenção Básica, a atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como: porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade;

por intervir sobre os fatores de risco em que a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde⁽¹²⁾.

O fato de existir apenas dez equipes da ESF em Cascavel, e a maioria das UBS ainda reproduzir o atendimento, sob forte influência da assistência biológica, centrado no profissional médico especialista, faz-nos compreender porque não há resolutividade na atenção básica.

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

Para compreendermos a organização do atendimento de enfermagem no pronto-socorro, é necessário conhecer sua estrutura. O Pronto-Socorro do HUOP, tecnicamente, é dividido em dois setores denominados de Urgência e Emergência. No setor de Urgência, são atendidos os pacientes com menor gravidade clínica e que necessitam de consulta médica ou avaliação de especialistas que não encontram na Unidade Básica de Saúde. Geralmente são encaminhados por outros serviços de saúde ou por demanda espontânea. No setor de Emergência, são atendidos os pacientes em risco de morte e que necessitam serem estabilizados hemodinamicamente para depois ocorrer a internação hospitalar. Ambos os atendimentos exigem capacidade física para acolher todos os que buscam ou são encaminhados para os serviços.

Portanto, a estrutura física, aliada à demanda, compromete o atendimento aos usuários, tornando o ambiente de trabalho em espaços limitados e inadequados, interferindo na organização do atendimento de enfermagem. Embora os setores de Urgência e Emergência funcionem teoricamente separados, na prática, utilizam o mesmo espaço físico e o mesmo grupo funcional, ocasionando uma sobrecarga de atividades, cuidados e procedimentos

para toda a equipe de profissionais, impossibilitando a humanização da assistência. Além do mais, não há um local apropriado e acolhedor para a realização dos procedimentos, havendo necessidade de mantê-los no corredor ou aglomerados com os demais pacientes.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de Saúde. Não se trata de adotar medidas para “maquiar” as instituições, nem tampouco de uma proposta “ortopédica”. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnico e usuários. Por isso, a humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações, coordenado e descentralizado pelo SUS. Para que ela aconteça, na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais, os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social^(5,7).

Por mais que se tente atender todos de forma adequada, com respeito e dignidade, as condições apresentadas no cotidiano do trabalho impedem que isso aconteça de maneira personalizada, ordenada, com a qualidade que o PNHAH preconiza. O agravante da situação são as acomodações inadequadas em macas, em pé, em cadeiras, e até mesmo no chão, até surgir algum leito vago na própria unidade, ou em uma das clínicas do hospital. São pessoas que estão em situação de fragilidade, entre a vida e a morte, e estão sujeitas a aceitar o que lhes oferecem. Nas narrativas dos usuários, observou-se abertamente o descontentamento e o desconforto das acomodações inadequadas:

O mais difícil é isso aí, ficar nessa maca nesse lugar apertado. Muito sufocado, o mais difícil é isso [...]. Num quarto, daria para gente cuidar dela melhor. É muita gente aqui, é apertado, muito sufocado, não tem espaço. O espaço é muito pequeno é muito sufocado. Num quarto ia facilitar muito prá nós. Ir para um quarto ia melhorar muito. [...] num quarto, daria para gente cuidar dela melhor (F.2).

Os usuários e familiares relatam a necessidade de ampliar o espaço de trabalho e de atendimento, porque a demanda de pacientes é maior do que a capacidade instalada, e sugere a construção de outro hospital para que possa ser dividida a assistência, bem como a contratação de mais profissionais, demonstrado

pelo depoimento de U1:

O que dificulta aqui é muita gente. Muita gente para atender aqui, é muito doente. [...] por que não fazem um hospital maior, se tiver mais espaço vai melhorar, mas tem que ter cama para todo mundo se não vai adiantar nada. Se aumentar o espaço precisa mais enfermeiro, com certeza se aumentar mais, precisa mais gente para trabalhar aqui (U.1).

A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais^(5,5).

A cartilha do Ministério da Saúde diz que o ambiente hospitalar se refere ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem versus espaço⁽¹³⁾.

É importante que o ambiente seja adequado e confortável para a recuperação do paciente. Porém, as narrativas de F2 e F3 não demonstram que o ambiente vivenciado por eles, enquanto estavam no pronto-socorro, tenha cumprido este critério. As vinte quatro horas de rotina do Pronto-Socorro são providas de ruídos e movimentos por natureza, mas, quando ela é desvirtuada, eles são intensificados, ocasionando estresses e alteração do repouso e da recuperação dos pacientes que já estão em situação desconfortável devido à precariedade das acomodações, como afirmam F2 e F3:

Quando ela quer dormir, os outros ficam conversando e ela não consegue dormir (F.2).

[...] Não tem um lugar adequado, ela está sentindo dor na cabeça, fica aqui, essa barulheira, bate porta, entra, sai, bate. Até atrapalha mais (F.3).

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

saúde, ocasionando aglomerações nos corredores, situação que denuncia a falta quantitativa e qualitativa de oferta de serviços, de promoção, prevenção e de reabilitação da saúde. Há enorme demanda no Pronto-Socorro do HUOP, atribuída ao fato da assistência da UBS acontecer no modelo antigo, pois a cobertura assistencial pelas equipes da ESF é insignificante em Cascavel. Porém, nos demais 24 municípios pertencentes a 10ª Regional de Saúde, este modelo tem avançado um pouco mais.

Outro problema levantado está relacionado ao quantitativo de hospitais credenciados pelo SUS, ficando a rede hospitalar com número de leitos muito inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde. E o HUOP é a única instituição pública de referência para atender a demanda de maior vulto em toda a região, dificultando o trabalho da CRL, haja vista a insuficiência de leitos para o atendimento de média e alta complexidade para atender a demanda dos 25 municípios. Outro ponto agravante que interfere na qualidade dos serviços é a grande demanda de pacientes vivenciada num fluxo desordenado e exacerbado, sem o devido respeito ao fluxo de regulação dos serviços de saúde.

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

Observamos que as práticas cotidianas do trabalho em saúde necessitam de uma reavaliação nos indicativos inerentes à rede assistencial, composto pela resolutividade na atenção básica de saúde, financiamento do SUS, regulação dos serviços/atendimento hospitalar, estrutura física e demanda, e ambiente de trabalho/espço. Todas essas dimensões são imprescindíveis para que os serviços públicos de saúde atinjam um nível satisfatório de qualidade, eficácia, eficiência e resolutividade e, por conseqüência, a prestação de uma assistência humanizada ao usuário, principal sujeito interessado, visto que a humanização possui um caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Portanto, concorda-se com a afirmação de que “a humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo submetida e promovida pelo próprio homem”^(14: 439).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da assistência de enfermagem satisfatória, na percepção do usuário, é um indicador de grande importância, isto é, mesmo acomodados em macas e cadeiras expostas no corredor por falta de leitos na instituição e na rede assistencial, sentem-se bem atendidos pelo profissional de enfermagem. Contudo, não podemos esquecer que são pessoas que estão em situação de fragilidade, entre a vida e a morte, portanto, sujeitos a aceitar o que lhes oferecem.

O agravante da situação são as acomodações inadequadas em macas, em pé, em cadeiras e até mesmo no chão, até surgir algum leito vago na própria instituição ou em uma instituição da rede assistencial, via CRL. Diante dessa situação, os usuários e familiares relatam a necessidade de ampliar o espaço de trabalho e de atendimento, porque consideram que a demanda de pacientes é maior do que as capacidades instaladas, inclusive, sugerem a construção de outro hospital e a contratação de mais profissionais. Reclamam que a rotina do Pronto-Socorro, por natureza, é repleta de ruído e movimentos, ocasionando estresses e alteração do repouso e da recuperação dos pacientes que já estão em situação desconfortável em virtude da precariedade das acomodações.

Foi constatado que a logística do atendimento de emergência no Pronto-Socorro tem acontecido, na maioria das vezes, não respeitando a porta de entrada no sistema de saúde, preconizado pelo SUS. Outro problema relevante mencionado pelos usuários ou familiares foi o descontentamento com a resolutividade da atenção básica de saúde realizada no PAC, pois comentam que é muito limitada e ineficiente, precisando, então, retornar inúmeras vezes ao PAC, sem resolver seu problema.

A organização do atendimento de enfermagem no Pronto-Socorro se estrutura com atendimentos de emergência e de urgência, exigindo um fluxo de diversidade de atendimento. Contudo, a unidade não tem capacidade física para acolher todos os usuários que buscam ou são encaminhados para os serviços. A estrutura física associada à rotatividade de pacientes compromete o atendimento, tornando o ambiente de trabalho em espaços limitados e inadequados, intervindo assim na organização do atendimento de enfermagem.

Embora tenha se detectado esta situação no ambiente de trabalho, o usuário e o familiar não se intimidaram em relatar que consideraram a assistência de enfermagem recebida adequada, porque suas necessidades mais eminentes foram atendidas de forma satisfatória. Desta forma, constata-se que as atitudes

do cuidador devem ser permeadas pelos atributos que consistem em atenção, calor humano, carinho, amor e dedicação. As dificuldades relatadas pelos usuários e familiares denotam não serem do domínio dos profissionais da enfermagem, porque são situações que necessitam de intervenção de outras esferas administrativas, inerentes às decisões de governo, seja municipal, estadual, federal, ou institucional.

Sabemos que não existem soluções mágicas, nem atalhos fáceis neste processo de transição, pois a mudança de um modelo assistencial e a construção de uma assistência hospitalar humanizada será um processo lento, gradual e complexo. Para que a humanização da assistência hospitalar aconteça, precisamos transitar por várias instâncias, trocar velhos paradigmas por novos hábitos, buscar, na participação democrática, soluções que sejam úteis para cada realidade singular.

Destarte, a contribuição desse estudo é relatar como os usuários do SUS percebem a assistência de enfermagem recebida em um ambiente de urgência e emergência de um hospital público de referência para a região Oeste do Estado do Paraná, o qual exige dos profissionais da Saúde rapidez, atenção e eficiência no atendimento. É através do olhar de quem recebe o cuidado é que podemos avaliar o processo de trabalho obtendo informações para a ampliação ou manutenção da assistência de enfermagem humanizada. Contudo, é necessário um trabalho de união com várias mãos, não só da enfermagem, mas em uma única direção para se obter um SUS humanizado.

Através dos resultados, é possível instigar a formação de um Grupo de Trabalho de Humanização no hospital, dentro da filosofia de humanização hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
2. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
3. Brasil. Programa Nacional de humanização da assistência hospitalar. (projeto piloto de humanização da assistência hospitalar). Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
4. Klock P, Rodrigues ACRL, Backs DS, Erdmann AL. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: importando-se com o outro. *Cogitare Enferm.* 2007 Set/Dez;(4):452-9
5. Brasil. Humaniza SUS: política nacional de humanização. Documentos para Discussão. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda; 1977.
7. Brasil. Humaniza SUS: política nacional de humanização. (versão preliminar). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde, 2002.
8. Pires D, A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Lopardi MT, organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-livros; 1999. p. 25.
9. Waldow V. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
10. Brasil. Portaria 493 de 13 de março de 2006. Aprova a relação de indicadores da atenção básica, cujos indicadores deverão ser pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Internet]. [acesso em 2008 Mar 10]. Disponível em: www.datasus.gov.br.
11. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; Ministério Público pactua o Fluxo de Encaminhamentos para os PACs/ Central Estadual de Leitos/ hospitais públicos e Conveniados ao SUS. Termo de ajustamento de conduta de 16 de agosto de 2006. Curitiba: Secretaria Estadual da Saúde, Curitiba, PR, 2006.
12. Brasil: Política Nacional da Atenção Básica. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). [cited: mar 10, 2008]. Publicada em 2004. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br
13. Ministério da Saúde; Humaniza SUS - Ambiência. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
14. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na Atenção Primária. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2007 [acesso em 2008 Jan 08]7(6): 439-444. Disponível em: www.scielo.br/pdf.