

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

IVANILDE ALVES COSTA

**ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADES DE
EMERGÊNCIA**

**PALMAS- TO
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

IVANILDE ALVES COSTA

**ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADES DE
EMERGÊNCIA**

Pré - Projeto apresentado ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profº. Orientador: Roberto Silva Fhon

**PALMAS-TO
2014**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	8
2.1. Objetivo geral.....	8
2.2. Objetivo específico.....	8
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
3.1. Breve histórico do SUS	8
3.1.1. Compreendendo o SUS	9
3.2. Enfermagem e o Serviço de Emergência	10
3.2.1. O serviço de emergência	11
3.2.2. A enfermagem frente aos serviços de emergência	13
3.3. Humanização e o cuidar do Enfermeiro	14
3.4. Teoria do cuidado de Jean Watson.....	17
4. PLANO DE AÇÃO	18
4.1. Critérios de inclusão.....	19
4.2. Critérios de exclusão	19
5. CONCLUSÃO	20
6. ORÇAMENTO	21
7. CRONOGRAMA	22
REFERENCIAS	23

RESUMO

Humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias em que se encontram seus valores e limitações sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Este estudo terá como objetivo analisar a produção bibliográfica do papel do enfermeiro no atendimento em unidades de emergência, divulgando e apresentando os materiais de suporte metodológicos para o desenvolvimento humanizado. A coleta de dados para a realização deste projeto de pesquisa foi de natureza exploratória de revisão integrativa destacando em todo o conteúdo o atendimento humanizado em unidades de emergência, onde o enfoque principal esteve voltado na atuação do enfermeiro enquanto norteador do cuidar humanizado. Conclui - se que os direitos à saúde e a criação do SUS, são conquistas do povo brasileiro e o cuidado humanizado pode ser definido apenas como cuidado, haja vista que as ações de enfermagem e da equipe serão fruto de um elo empático entre cuidador e ser cuidado, oferecidas a um ser humano.

1. INTRODUÇÃO

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal do Brasil, vigente até os dias atuais, neste mesmo ano, foi votada a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, no qual veio para afirmar e assegurar a universalidade a integralidade e a equidade da atenção em saúde, e ainda com o SUS veio a concepção e a consciência de que saúde não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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. (Art. 198, Constituição Federal de 1988).

Os direitos à saúde e a criação do SUS, são conquistas do povo brasileiro, entretanto resultados e início de vários outros processos. No percurso de 27 anos de SUS, a população brasileira vem acompanhando avanços e questões que tiveram resultados positivos e satisfatórios, no entanto, novas questões que demandam outras respostas surgem; novos problemas que persistem sem soluções, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Em um país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com consequentes responsabilidades de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas.

A desvalorização dos trabalhadores da saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, o baixo investimento no processo de educação permanente e/ou continuada dos trabalhadores da saúde, a pouca participação dos usuários e profissionais da saúde na gestão dos serviços ocasionam um vínculo frágil com os usuários da saúde, provocando um atendimento falho, com grandes desfalques éticos, morais e sociais.

Mediante tais fatos, iniciou – se então a necessidade de mudanças, no modelo de atenção ao atendimento à saúde, e tal mudança começou no modelo de gestão, para isso foi – se construído um Programa – Programa Nacional de Humanização que logo após foi remontado e se tornou uma Política – Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde, conhecido nacionalmente como: Humaniza SUS.

Em 2001, a humanização pela primeira vez aparece no nome de um Programa: Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). Com uma visão democrática socializada para melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, através de ações que davam ênfase à melhoria da assistência, dando foco principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde. Desde então, a humanização vêm contendo avanços e se instalou também em diversas instâncias do SUS, se transformando de PROGRAMA para POLÍTICA – Política Nacional de Humanização (PNH). A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS.

Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho.

Com a PNH, as ações de humanização voltam-se também para as demais instâncias da saúde, pois a Política objetiva a garantia e efetivação do SUS, por meio da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e gestão da saúde.

A PNH entende humanização como a valorização dos diferentes sujeitos - usuários, trabalhadores e gestores - implicados no processo de produção de saúde. (Humaniza SUS, 2012)

Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde. Porque o SUS que queremos só é possível em uma construção coletiva, em Rede.

Em 1983 a ANA - Associação Americana de Enfermagem, estabeleceu padrões da prática da enfermagem em emergência, onde, os enfermeiros de emergência teriam que ter três níveis de competência.

O primeiro nível requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo nível este profissional necessita formação específica em enfermagem de emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar. (ANA, 1983)

Frente ao exposto, vê - se que, o enfermeiro atuante nas unidades de emergência têm em constante convívio profissional a fundamentação teórico - científica onde, a capacidade de liderança, o trabalho, a maturidade e a estabilidade emocional e a constante atualização desses profissionais são de extrema necessidade, pois, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas e/ou contingentes de forma clara e harmônica na qual estão inseridos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a produção bibliográfica do papel do enfermeiro no atendimento em unidades de emergência, divulgando e apresentando os materiais de suporte metodológicos para o desenvolvimento humanizado.

2.2. Objetivo específico

- Conhecer novas iniciativas de humanização nas unidades de emergência para beneficiar os usuários e os profissionais da saúde;
- Divulgar as atribuições e competências do enfermeiro (a) dentro das unidades de saúde de emergência;
- Desenvolver trabalho conjunto com as equipes de saúde das unidades de emergência, com o intuito de instruir tais profissionais a respeito do conceito humanização e quais seus objetivos junto a comunidade;
- Apresentar e discutir o atendimento humanizado em unidades de emergência, divulgando e apresentando os materiais de suporte e de metodologia para o desenvolvimento do mesmo, onde o enfermeiro é o grande proporcionador deste ato de indiscutível respeito para com o ser humano – humanização.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Breve histórico do SUS

Antes da vinda do Sistema Único de Saúde – SUS – ao Brasil a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, realizadas apenas aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes, os demais não tinham acesso ao serviço público de saúde.

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – que atualmente chamamos de

Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS – era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – Ministério da Previdência Social – e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíaam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

Após a Constituição Federal de 1988, a União, os Estados e os Municípios passaram a serem parceiros de condução do SUS, sem relação hierárquica. De meros executores dos programas centrais, cada esfera de governo passou a ter papel próprio de formulação da política de saúde em seu âmbito, o que requer desprendimento das velhas formas que seguem arraigadas em nossos modos de pensar e conduzir e coordenação dos processos de gestão e de formação.

3.1.1. Compreendendo o SUS

A Carta Magna de 1988 determinou ser “dever do Estado garantir saúde” a toda a população brasileira. Portanto, criou-se o SUS. No ano de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do Sistema. Entretanto, o SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas.

O SUS tem seus serviços administrados pelos governos Federal, Estaduais e Municipais e por organizações no qual o objetivo é garantir a prestação de serviços gratuitos e igualitário a qualquer cidadão.

Baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de todos e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal.

- **Equidade:** é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer.
- **Integralidade:** é o reconhecimento na prática dos serviços que:
 - ✓ Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
 - ✓ As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
 - ✓ As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
 - ✓ O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. (Ministério da Saúde, 2013)

O SUS é financiado com recursos que vem da Seguridade Social, verbas do tesouro nacional e do orçamento da união que é destinado á saúde. Todos estes recursos juntos constituem o Fundo Nacional de Saúde que atualmente é administrado pelo Ministério da Saúde, controlado e fiscalizado pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.2. Enfermagem e o Serviço de Emergência

A enfermagem é uma profissão que progrediu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização da sociedade. (BEDIN *et al*, 2005).

Neste contexto, a enfermagem tem um papel predominante na saúde; por ser uma profissão que busca promover o bem estar dos seres humanos, considerando sua liberdade, qualidade única e nobreza, trabalhando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e danos, nas incapacidades dentre outros.

O enfermeiro realiza seu trabalho em um contexto amplo e coletivo de saúde, pois em parceria com outras categorias profissionais representadas por diversas áreas – medicina, serviço social, fisioterapia, odontologia, farmácia, nutrição, dentre outras – o atendimento integral à saúde pressupõe uma ação conjunta dessas diferentes categorias, pois, apesar do saber específico de cada uma, existe uma relação de interdependência e complementaridade.

A assistência da enfermagem no contexto do atendimento nas unidades de emergência baseia – se em conhecimentos científicos, práticos e métodos que definem sua execução. Assim, a sistematização da assistência de enfermagem é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes que, gradativamente, vem sendo implantada em diversos serviços de saúde.

As ações do enfermeiro permitem identificar as necessidades de assistência de saúde do paciente e propor as intervenções que melhor as atendam ressalta – se; que é de competência do enfermeiro a responsabilidade legal pela sistematização; contudo, para a obtenção de resultados satisfatórios, toda a equipe de enfermagem deve envolver – se no processo.

3.2.1. O serviço de emergência

No Brasil, a especialização dos profissionais que atuam no atendimento de emergência teve início na década de 80 do século passado (VALENTIM e SANTOS 2009).

No ano de 1985 foi criada a primeira associação de enfermagem especializada em trauma – Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma – SOBET.

Uma unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender de modo correto com eficiência e eficácia os pacientes que requerem cuidados emergenciais ou urgentes. O objetivo do serviço de emergência é a avaliação rápida do paciente, a estabilização e o encaminhamento do mesmo a uma unidade de Referência – hospital.

O Ministério da Saúde caracteriza os procedimentos dos serviços de emergência em três estados, tendo como critério principal a acuidade e a complexidade do caso a ser tratado.

- **Emergência** – quando há o risco eminente de morte (caracterizado pela cor vermelha);
- **Urgência de alta complexidade** – quando não há risco de morte, no entanto o paciente apresenta um quadro clínico crítico ou agudo (caracterizado pela cor amarela);
- **Urgência de baixa e média complexidade** – quando não há o risco de morte (caracterizado pela cor verde).

Mediante tais informações ressalta-se que nas situações de atendimento de emergências o critério de acessibilidade aos serviços é o da gravidade em que se encontra o paciente, sendo assim, pacientes em caráter clínico críticos tem prioridade no atendimento imediato.

A Portaria nº 2. 048/GM do Ministério da Saúde no seu parágrafo 1º estabelece como uma das diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência “a criação de núcleos de educação em urgências e proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos” nesta área.

O Ministério da Saúde defende que a unidade de emergência exprime:

[...] pronto atendimento como a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato; pronto socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de

atendimento imediato. Funciona durante às 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação. (Ministério da Saúde, 2013)

As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas, onde existe um trabalho em equipe especializada e tais unidades podem ser divididas em pronto socorro, pronto atendimento e emergência.

3.2.2. A enfermagem frente aos serviços de emergência

Os enfermeiros das unidades de emergência – pronto socorro – têm como características principais a rapidez e o domínio nas ações e modos do cuidar especial, voltado para clientes portadores de agravos à saúde de emergências e urgências. O enfermeiro da unidade de emergência deve atuar conforme um processo gerenciado de cuidado, acompanhando os pacientes desde o início de seu processo clínico até a definição e conclusão de seu tratamento.

Os enfermeiros das unidades de emergência necessitam estar aptos para obterem uma história do paciente e exame físico executando um atendimento imediato, se preocupando com a manutenção da vida e orientação do paciente para a continuidade do tratamento, ressaltando que este atendimento deve ocorrer de forma ética e moral, respeitando os costumes, crenças, valores e cultura de cada paciente.

Tendo em vista ainda, que este enfermeiro, deve associar a fundamentação teórica à representação de liderança, habilidade de ensino e assistencial e a iniciativas éticas, tais habilidades são necessárias, pois o enfermeiro é o responsável pela coordenação de toda uma equipe de enfermagem que é a parte vital da equipe de emergência.

Mediante o contexto, nota-se a necessidade de repensar os contornos de assistência suplementar a saúde, com projetos e alternativas de modelos dos serviços,

buscando reunir outros campos de práticas e saberes em saúde e configurar outras formas da assistência de saúde anti-hegemônica.

Ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias inovadoras voltadas à produção do cuidado, as apostas em novas relações entre trabalhadores e usuários e suas diferentes necessidades, estabelecem um contraponto à crise vivida pela saúde. Nesta perspectiva a estratégia de do atendimento humanizado viabiliza uma inovadora proposta de trabalho.

Em relação à conexão entre humanização como nova proposta de trabalho na rede de atendimento das unidades de emergência os enfermeiros são vistos como profissionais mais capacitados para exercer tal função, pois devido ao conhecimento clínico, habilidade de oferecer cuidado holístico e forte advocacia e ética em favor do paciente, uma vez que conhecem os serviços dos variados e diversos profissionais atuantes na saúde.

3.3. Humanização e o cuidar do Enfermeiro

O sistema de saúde vigente no Brasil hoje está baseado na Lei 8.080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde (que posteriormente foi complementada com a Lei 8.142/90) e com a Constituição de 1988 e tem sido implementado a partir de normas operacionais e portarias ministeriais direcionadas para cada esfera do governo.

Nos últimos anos, a crença na qualidade de vida tem influenciado, por um lado, o comportamento das pessoas, levando a um maior envolvimento e responsabilidade em suas decisões ou escolhas; e por outro, gerado reflexões em esferas organizadas da sociedade - como no setor saúde, cuja tônica da promoção da saúde tem direcionado mudanças no modelo assistencial vigente no país.

No campo do trabalho na enfermagem, essas repercussões evidenciam-se através das constantes buscas de iniciativas públicas e privadas no sentido de melhor atender às expectativas da população, criando ou transformando os serviços existentes.

A humanização como um princípio, orientar a assistência pela articulação e integração da equipe, pela atuação interdisciplinar junto aos clientes, cabendo ao enfermeiro entender as múltiplas facetas envolvidas na dinâmica de vida dos clientes, reconhecendo seus direitos e aspectos humanos - um ser que sente, vive, pensa, possui história e sentimentos. Nas ações de cuidado deve considerar-se, a complexidade do ser humano, pois o termo Humanização é concebido como atendimento das necessidades integrais do indivíduo e necessidades humanas básicas (DOMINGOS, 2007).

O enfermeiro que presta cuidados mais próximos ao cliente deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando seu conhecimento na forma de ação e tomando consciência e os valores que norteiam essa ação.

Assim humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias em que se encontram seus valores e limitações sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano.

O ato de cuidar é um processo que compreende uma série de conceitos, práticas e visões de mundo em que estão envolvidas as nossas atitudes, o modo de como olhamos e tratamos alguém, nossa disposição pessoal para interagir com o outro, o respeito para com ele. (ARRUDA, 2003)

Observa-se então a importância da humanização não somente no âmbito assistencial, mas a humanização como retomada do respeito à dignidade humana, considerando todos os aspectos que envolvem o processo de saúde e doença.

Ao referir-se em atendimento humanizado, pensa-se em um processo para facilitar que a pessoa vulnerabilizada encare positivamente os desafios pelos quais está vivendo naquele momento.

No entanto, para que o cuidado humanizado seja possível, faz-se necessário olhar para si e para o outro, na tentativa de promover o autoconhecimento colaborando positivamente no cuidado de cada ser.

É o encontro entre cuidador – enfermeiro e equipe de saúde – e o ser cuidado – paciente e família – na intenção da construção de um elo empático que norteará as ações para o cuidado humanizado.

As considerações éticas fundamentam as ações para o cuidado e seguem princípios e valores específicos a serem seguidos e respeitados como; “a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça”.

A ética tem uma ampla contribuição ao processo de humanização nas unidades de emergência fundamentando-se racionalmente na defesa do resgate à dignidade humana no que se refere ao cuidado emergencial.

A humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas.

Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. Destaca-se nesse contexto a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica. Diante de um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis.

Ser sensível à situação do outro, criando um vínculo, graças a uma relação dialogal, para perceber o querer ser atendido com respeito, numa relação de diálogo e de necessidades compartilhadas (PESSINI; BERTACHINI, p.4, 2004).

Neste contexto, ressalta – se que em uma relação de cuidado, além da sua prática efetiva, do contato profissional, tem-se também o contato com a própria consciência, o que traz a reflexão ética e/ou moral do cuidado na enfermagem, não apenas na aplicação de técnicas sob a visão das necessidades de determinadas patologias, mas embasados nos princípios de beneficência e não-maleficência – “fazer o bem sem olhar a quem”.

O cuidado humanizado pode ser definido apenas como cuidado, haja vista que as ações de enfermagem e da equipe serão fruto de um elo empático entre cuidador e ser cuidado, oferecidas a um ser humano.

Humanizar é assegurar as condições de exercício dos profissionais, voltando-se para as ações dos cuidadores, criando um espaço onde possa ser agradável, confortável, e tendo dessa forma um funcionamento seguro, sobretudo desenvolvendo na equipe multiprofissional uma cultura de humanização, com os quais o processo do cuidado seja priorizado (Domingos, 2007).

3.4. Teoria do cuidado de Jean Watson

A teoria do Cuidado Humano desenvolvida por Jean Watson, surgiu entre 1975 e 1979, período em que lecionava na Universidade do Colorado. A teoria surgiu do resultado dos estudos realizados por Watson no decorrer de seu doutorado em Clínica e Psicologia Social.

A Teoria de Watson está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a ruptura e

atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte – consiste no cuidado da sua própria alma e do ser em que está sendo cuidado.

No ano de 1985, a teoria de Watson acima descrita, passa por alterações, nos quais; o ideal moral, o significado da comunicação e do contato subjetivo mediante a co-participação dos self é visto e trabalhado como um todo.

Watson passa a considerar o cuidado humano transpessoal como o contato dos mundos subjetivos do enfermeiro e do paciente, o qual tem o potencial de ir além do físico material ou do mental emocional, ou seja, o cuidado humano transpessoal acontece numa relação eu – tu, onde este contato é o processo que transforma, gera e potencializa o processo dos valores humanos.

Na Teoria do cuidado transpessoal de Watson a enfermagem assume a promoção e restauração da saúde através do cuidado holístico para uma vida de qualidade, praticado de forma interpessoal.

Watson defende um enfoque humanístico no cuidado, cujos elementos conceituais principais da teoria são: fatores de cuidado, relações interpessoais de cuidado, e momento/ocasião do cuidado. Dentre outros aspectos como: visões expandidas do self – visões de si mesmo – e da pessoa – mente, corpo, espírito – visão transpessoal do ser, consciência e intencionalidade para cuidar e promover a cura, consciência do cuidado como energia do campo ambiental, consciência fenomenológica e modalidades avançadas de cuidado-cura.

4. PLANO DE AÇÃO

O Ministério da Saúde têm desenvolvido ações integradas, na área do atendimento humanizado, visando à melhoria da qualidade de atendimento nas unidades de emergência da rede SUS.

Este conjunto de ações inclui grandes investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem

tecnológica moderna, o barateamento dos medicamentos, a capacitação do quadro de recursos humanos, a qualificação do atendimento dos profissionais da saúde para com o usuário e/ou paciente. Este atendimento tem como princípios básicos a excelência, eficácia, ética, respeito, integridade, universalidade dentre outros.

Este conjunto de medidas tem como intuito garantir o melhor uso desta infraestrutura - unidades de emergência - o desenvolvimento de ações que busquem a melhoria do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde.

A execução deste projeto de pesquisa será de natureza exploratória de revisão integrativa destacando em todo o conteúdo o atendimento humanizado em unidades de emergência, onde o enfoque será na atuação do enfermeiro enquanto norteador do cuidar humanizado.

Será realizada uma busca de artigos nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs nos últimos 5 anos, nas tendo como descritores:

- Português: Cuidados de enfermagem; Teoria de enfermagem; Serviços médicos de emergência.
- Espanhol: Atención de enfermería; Teoria de enfermeira; servicios médicos de urgência.
- Inglês: Nursing care; Nursing theory; Emergency medical services.

4.1. Critérios de inclusão

- Estar na integra nas bases de dados
- Nas línguas inglês, português e espanhol
- Desde 2008 até 2014

4.2. Critérios de exclusão

- Teses, dissertações e cartas ao editor.

Este estudo não implica risco para os conteúdos estudados e/ou analisados, pois não envolvem nenhum procedimento antiético no que se refere Código de Ética da Enfermagem, aos Direitos Humanos, à Constituição Federal, e as Normas da ABNT.

5. CONCLUSÃO

A humanização no ambiente de atendimentos de urgência e emergência precisa ser trabalhada com vistas a intervenções voltadas ao bem-estar do paciente e/ou família, dos profissionais, da comunidade em geral e da instituição, mediante tais, conclui-se como estratégias a conscientização do ponto de vista ético e moral de todos os profissionais envolvidos no processo de promoção da saúde, inclusive o paciente, através da avaliação da assistência recebida na emergência, isso inclui a capacitação coletiva de todos os profissionais, e seus gestores, baseado em estudos contínuos, a partir da sua formação profissional até a atuação na emergência.

No decorrer deste projeto, viu - se que humanizar no contexto saúde é resguardar o respeito e a dignidade à vida humana, reverenciando os valores culturais e o estado físico, psíquico e social de cada ser - pessoa - atendido nas redes de emergência.

O enfermeiro que atua nas redes de atendimento das unidades de emergência têm como característica a necessidade em ter a calma, a ética e a moral como princípios básicos de atendimento, pois o paciente e/ou família, necessitam do maior apoio possível para que o corpo, mente e saúde do paciente sejam resguardados conforme as Leis vigentes da Constituição Federal de 1988 e as demais Leis que regulam os Direitos Humanos.

Com os estudos realizados nota-se que a o enfermeiro frente ao atendimento humanizado das redes de emergência tem como princípios; a legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade, e a eficiência, não fazendo discriminação da raça, cor, gênero ou religião.

Mediante ao histórico realizado no decorrer de todo o trabalho, observou-se que os enfermeiros e os demais profissionais da saúde estão exercendo funções de direitos,

lutando pela validade das determinações dos Estatutos e pela necessidade de transformar o que é legal em real, ou seja, os mesmos atuam na intervenção social, para realizar o trabalho sócio educativo, político e prático para que a sociedade tenha o atendimento humanizado de forma ética, eficaz e precisa.

6. ORÇAMENTO

MATERIAIS	
Descrição	Valor Total
Papel Chamex	R\$ 15,00
Lápis e/ou caneta	R\$ 7,00
Cartuchos de tinta	R\$ 15,00
Aquisição de livros	R\$ 100,00
Combustível	R\$ 60,00
Energia	R\$ 69,00
* Os valores e descrições acima mencionadas poderão sofrer alterações no decorrer do projeto.	
	Total Geral: R\$ 266,00

7. CRONOGRAMA

Etapas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Elaboração do Projeto	X				
Revisão de Literatura	X	X			
Apresentação do Projeto			X		
Coleta de dados			X		
Conclusão e redação				X	
Correção				X	
Entrega				X	

REFERENCIAS

ALVES, L. M. M. et al. **Pesquisa básica na enfermagem**. Revista Latino-americana de enfermagem, v.12, n.1, p.122-7, 2004.

ARRUDA, M. Humanizar o Infra-humano - **A Formação do Ser Humano Integral: Homo evolutivo, práxis e economia solidária**. Petrópolis, ed. Vozes; 2003

BEDIM, et al. **Humanização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico**. Revista Eletrônica de Enfermagem. [s.l.]. v. 7, n. 01, p. 118-127. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde* – Lei nº 8.080/90.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica* – NOB 01/96. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. **Humanização de atendimento em saúde**, conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 1, p.105-111, jan./fev. 2005.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Ciência e Saúde Coletiva. [s.l.], v.12, n.1, 2004.

DOMINGOS, E.L.L. **A Humanização e seus preceitos para o cuidado**. Relator. Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa/UFF, Rio de Janeiro, 2007.

MARTIN, Leonard M. **A ética e a humanização hospitalar**. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo, Edições Loyola: 2004. cap. 2, p.31-50.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo, Edições Loyola: 2004.

RIZZOTO, M.L.F. **As políticas de saúde e a humanização da assistência**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.55, n.2, p. 196-199. Mar./Abr. 2002.

SIMÕES, A.L.A. et al. **Humanização na saúde enfoque na atenção primária**. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul-set, 2007.

STEFANELLI, Maguida Costa et al. **Comunicação e enfermagem**. In: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de (org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**, São Paulo: Manole, 2005. cap. 1, p.1-8.

WALDOW, V. R. **O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar**. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 284-293, set./dez., 2001.