

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

UBALDINO DA ROSA FERREIRA FILHO

**AVALIAÇÃO BIOÉTICA DA QUALIDADE DE ATENDIMENTO PRESTADO À
PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DE
CURITIBA**

CURITIBA
2016

UBALDINO DA ROSA FERREIRA FILHO

**AVALIAÇÃO BIOÉTICA DA QUALIDADE DE ATENDIMENTO PRESTADO À
PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DE
CURITIBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética. Linha de Pesquisa: Bioética e Humanização da Escola de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Siqueira

CURITIBA

2016

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

F383a
2016
Ferreira Filho, Ubaldino da Rosa
Avaliação bioética da qualidade de atendimento a pacientes atendidos em
serviço de emergência da cidade de Curitiba / Ubaldino da Rosa Ferreira
Filho; orientador, José Eduardo Siqueira. -- 2016
65 f.: il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2016.
Bibliografia: f. 54-59

1. Bioética. 2. Emergências médicas – Curitiba (PR). 3. Serviços de saúde -
Controle de qualidade. 4. Humanização dos serviços de saúde. I. Siqueira,
José Eduafdo . II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de
Pós-Graduação em Bioética. III. Título

CDD 20. ed. – 174.9574

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre esteve ao meu lado, deixando-me entregue aos seus passos.

As duas sementes do amor maior de Deus na minha vida: Gabriel e Bruno, por eles e para eles, pelos momentos em que apenas um sorriso ou olhar me revigoravam as forças e pela compreensão das ausências impostas pela rotina do trabalho.

Um devoto agradecimento, muito mais que especial, em muito mais do que orientar os passos, delinear as ideias e traçar os objetivos e sim de ter a oportunidade de conhecer um incentivador, protetor, defensor, que acreditou na minha ideia em todos os momentos (mesmo aqueles que até eu achava impossível), muito obrigado por partilhar destes momentos comigo, o seu profundo conhecimento, foi o responsável por mais este passo da minha caminhada, professor **José Eduardo Siqueira** eu serei eternamente grato.

Ao programa de pós-graduação em bioética, na pessoa do prof. Mario Sanches, pela credibilidade e confiança a mim depositado. Bem como a secretária do programa Sandra Lopes que nunca me deixou esquecer de nada e que sempre tinha uma palavra amiga e animadora, meu muito obrigado.

Aos membros que compõe a mesa desta avaliação, por disponibilizarem os seus tempos, as suas ideias e partilhar as suas considerações que com certeza serão de extrema importância para a minha formação acadêmica.

Ao colega e amigo Ernesto Josué que me iluminou com as estatísticas e gráficos na hora que eu mais precisei.

A grande amiga bioeticista Marcia Chemin sempre presente na nossa caminhada, e sempre disposta a ajudar no que era necessário, um grande brinde a você Marcia.

Aos amigos professores do departamento de Enfermagem em nome da professora Ana Beatriz Rodrigues Costa que me estimularam e apoiaram em tudo que foi preciso, meu obrigado eterno pela oportunidade que tive.

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os profissionais engajados na bioética, que juntamente comigo, acreditam e lutam por um mundo mais ético e humanizado.

“O mundo vida é um mundo onde existo para a realização dos meus atos”

(SCHUTZ, 2003)

RESUMO

O atendimento médico em situações de emergência está intrinsecamente vinculado a questões institucionais internas e externas que transcendem os procedimentos técnicos e éticos, atitudes e percepções morais dos trabalhadores da saúde. Atualmente, observam-se atitudes inadequadas de trabalhadores de saúde nas unidades de emergência, o que os leva a considerar os clientes como "problemas", dos quais precisam "se livrar", atitudes estas, que ganham dimensões públicas ao serem apresentadas pelos diferentes tipos de mídia. Nos serviços de emergência, não é incomum que pacientes sejam passíveis de condutas sem seus próprios consentimentos, por estarem inconscientes ou sobre efeitos de drogas, e também seguindo uma rígida política de encaminhamento para os hospitais de referências. O processo deliberativo em Bioética Clínica, necessariamente percorre o seguinte roteiro: reconhecimento dos fatos científicos, reflexão sobre valores; e finalmente, o momento de dever ao se tomar decisões considerando todas as responsabilidades. Esses são os pressupostos que foi adotado nesse estudo como critério para entender as tomadas de decisões no atendimento de pacientes em um serviço de emergência pública da cidade de Curitiba. OBJETIVO: Estudar a qualidade do atendimento humanizado prestado aos usuários de um serviço de emergência da cidade de Curitiba relacionado ao ambiente de atendimento e sua equipe. JUSTIFICATIVA: O atendimento de emergência constitui uma forma especial de assistência à saúde cujas decisões necessitam ser estabelecidas em curto espaço de tempo e, o que se constata é um despreparo dos profissionais de saúde para desempenhar adequadamente essa tarefa. O estabelecimento de processo deliberativo com pacientes e familiares constitui prática necessária para que o atendimento seja efetuado por meio de diálogo respeitoso entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares. METODOLOGIA: Estudo qualitativo de abordagem crítica, reflexivo com base em uma pesquisa exploratória e descritiva do ambiente de atendimento médico em situações de emergência em um hospital público de Curitiba. Considera-se como objeto da presente pesquisa a compreensão do ambiente de atendimento e a valorização dos profissionais que atendem neste serviço público de emergência da cidade de Curitiba.

Palavras-chave: Bioética. Emergências. Valores morais. Qualidade de atendimento. Humanização.

ABSTRACT

Medical care in emergency situations is intrinsically linked to internal and external institutional issues that transcend the technical and ethical procedures, attitudes and moral perceptions of health workers. Currently, they observe inadequate health worker attitudes in emergency units, which leads them to consider customers as "problems," which must "get rid" attitudes these, who make public dimensions to be presented by different types media. In emergency services, it is not uncommon that patients are likely to conduct without their own consent because they are unconscious or about drug effects, and also following a strict referral policy for hospital referrals. The decision-making process in Bioethics clinical necessarily runs the following script: recognition of scientific facts, reflection on values, and finally, the moment of duty to make decisions considering all the responsibilities these are the assumptions that was adopted in this study as a criterion to understand the decision making. In caring for patients in a public emergency service in the city of Curitiba. **OBJECTIVE:** to study the quality of the humanized care given to users of an emergency service of the city of Curitiba related service environment and its staff. **BACKGROUND:** Emergency care is a special form of health care which decisions need to be established in a short time, which it turns out is a lack of preparation of health professionals to adequately perform this task. The establishment of deliberative process with patients and families is necessary practice for the service is made through respectful dialogue between health professionals, patients and their families. **METHODS:** Qualitative study of critical approach, reflective based on an exploratory and descriptive research of medical care environment in emergency situations in a public hospital in Curitiba. It is considered as the object of this research to understand the service environment and the appreciation of the professionals attending this public emergency service of the city of Curitiba.

Keywords: Bioethics. Emergencies. Moral values. Quality of care. Humanization.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gênero.....	32
Gráfico 2 - Gênero e Motivo.....	33
Gráfico 3 - Motivo do Atendimento.....	34
Gráfico 4 - Conforto.....	36
Gráfico 5 - Limpeza.....	37
Gráfico 6 - Tranquilidade.....	38
Gráfico 7 - Atenção dos Funcionários.....	39
Gráfico 8 - Respeito Humano.....	40
Gráfico 9 - Escolha Terapêutica.....	42
Gráfico 10 - Valores Pessoais.....	43
Gráfico 11 - Hipótese Diagnóstica.....	46
Gráfico 12 - Acompanhamento Ambulatorial.....	47

LISTA DE QUADROS

Tabela 1 - Gênero.....	32
Tabela 2 - Conforto.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CR	Classificação de Risco
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto-socorro
SPSS	Statistical Package for Social Science for Windows
SUE	Serviço de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVO	12
1.1.1	Objetivo Geral	12
1.2	JUSTIFICATIVA.....	13
1.3	METODOLOGIA.....	13
1.3.1	TIPO DE PESQUISA	14
1.3.2	CENÁRIO DE ESTUDO	14
1.3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	15
1.3.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	MÉTODO PROPOSTO POR DIEGO GRACIA.....	16
2.2	ÉTICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	18
2.3	FATOS E VALORES	24
2.4	HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	26
2.5	CONTEXTUALIZANDO O CUIDADO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	31
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	53
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	59
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61

1 INTRODUÇÃO

A violência e o trauma são dois grandes problemas de saúde pública, estando diretamente relacionados ao aumento da demanda de atendimento nos prontos-socorros, o que provoca questionamentos referente a questões organizacionais e éticas vivenciadas pelos profissionais de saúde.

O atendimento médico em situações de emergência está intrinsecamente vinculado a questões institucionais internas e externas que transcendem os procedimentos técnicos e éticos, atitudes e percepções morais dos trabalhadores da saúde. O aumento da morbimortalidade ocasionada por causas externas se reflete no atendimento em unidades de emergência, por meio de dificuldades organizacionais e éticas dos serviços de saúde, exigindo, cada vez mais, dos profissionais da equipe de saúde destreza para lidar com as situações mais diversas na sala de emergência.

Atualmente, observa-se atitudes inadequadas de trabalhadores de saúde nas unidades de emergência, que os levam a considerar os clientes como "problemas", dos quais precisam "se livrar", atitudes estas, que ganham dimensões públicas ao serem apresentadas pelos diferentes tipos de mídia.

A atenção à saúde no Brasil está organizada por meio de diversos protocolos de assistência, segundo seu modelo tecnológico, em unidades de saúde pública e atendimento hospitalar, considerando os diferentes modelos institucionais: privado, filantrópico, previdenciário e estatal, e, ainda, segundo a incorporação tecnológica e níveis assistenciais, podendo ser de atenção básica, secundária e terciária. Dessa forma, a organização de serviços de saúde não se consolidou de forma satisfatória, existindo diferentes formas de atendimento médico. (CAMPOS, 2006)

Frente a esta diversidade de modelos assistenciais observa-se, hoje, dificuldades organizacionais, sejam hospitalares ou extra hospitalares, públicas ou privadas, capacitadas e estruturadas para o atendimento de uma população em expansão, vítima de traumas decorrentes de atos de violência urbana e acidentes de toda natureza.

Segundo Lunardi (2006), observa-se ainda que a organização do trabalho nas instituições hospitalares está basicamente fundamentada em teorias obsoletas extremamente burocratizadas, assim como dominada e conformada culturalmente por circunstâncias específicas do surgimento do modelo neoliberal de políticas públicas.

Nos serviços de emergência, não é incomum que pacientes sejam passíveis de condutas sem seus próprios consentimentos, por estarem inconscientes ou sobre efeitos de drogas, e também seguindo uma rígida política de encaminhamento para os hospitais de referências.

A equipe de saúde é obrigada a prestar atendimento rápido, em função do grande número de pacientes, gravemente enfermos, o que nem sempre resulta em condutas tecnicamente adequadas e que subestimam a vontade própria dos enfermos. Em muitas instituições, o atendimento é realizado sem que a equipe de saúde disponha de tempo suficiente para esclarecer adequadamente o paciente.

Quando o encontro entre usuário e profissional de saúde se realiza nos serviços de emergência, tudo transcorre em um momento atípico para o relacionamento interpessoal adequado. O paciente está muito vulnerável pela enfermidade e o profissional preocupado em atitudes práticas, que subestimam o território de valores do enfermo.

A reflexão bioética na assistência médica teve sua ênfase centrada em questões restritas a assistência terciária e aos avanços da biotecnologia, pouca atenção se deu para as situações persistentes de vulnerabilidade do paciente que ocorrem nos serviços de emergência. O atendimento de emergência, tanto quanto o prestado em condições ambulatoriais somente terá amparo ético se praticado com o acompanhamento do paciente como ser biopsicossocial e espiritual. Assim sendo, a reflexão bioética mais atenta pode apresentar instrumento de apoio para otimizar a assistência à saúde.

Há dificuldade para se estabelecer os critérios ideais para a relação profissional-usuário nos serviços de emergência, quando se pretende compatibilizar a necessária rapidez no atendimento prestado e as diferentes percepções morais de cada um desses protagonistas.

Parece ser de entendimento consensual que alguns profissionais desrespeitam os pacientes enquanto seres autônomos e o fazem sem reconhecer que suas atitudes violam a dignidade humana.

Quando o paciente se recusa a aceitar um procedimento terapêutico feito por indicação médica, é preciso reconhecer que o profissional não detém habilidades de comunicação que permitam tomar condutas razoáveis e prudentes em condições de diálogo respeitoso, que respeite o enfermo como ser autônomo. Por outro lado, é forçado entender que ao subestimar a vontade própria do paciente e privilegiar a

conduta técnica o profissional distancia-se da atitude que confira amparo moral para sua tomada de decisão.

As peculiaridades da assistência na emergência conferem a seus aspectos éticos tal sutileza que, muitas vezes, torna-se bastante difícil perceber e delimitar os conflitos morais, presentes na relação clínica e no trabalho da equipe prestadora de serviços.

Assim, pensar a partir da Bioética, mais precisamente considerar os valores pessoais e morais do paciente, no atendimento de emergência consiste em implementar reforço da sensibilidade e de compromisso éticos. Para Gracia (2010, p.56), [...] “a Bioética nasceu e se desenvolveu guardando respostas à ética da responsabilidade”.

Para se estabelecer juízos morais adequados, faz-se necessário que fatos, valores e deveres presentes nos conflitos nunca sejam subestimados quando da formulação de tomada de decisão com amparo ético. A ética envolve esses três aspectos da realidade: os fatos, fundamentados na medicina baseada em evidências, a valoração, decorrente de diferentes realidades, e os deveres, que constituem a obrigação moral de concretizar as tomadas de decisão clínicas (GRACIA, 2010).

O processo deliberativo em bioética clínica, necessariamente percorre o seguinte roteiro: reconhecimento dos fatos científicos, reflexão sobre valores (identificação das ações); e finalmente, o momento de dever ao se tomar decisões considerando todas as responsabilidades (GRACIA, 2010).

Esses são os pressupostos que foi adotado nesse estudo como critério para entender as tomadas de decisões no atendimento de pacientes em um serviço de emergência pública da cidade de Curitiba (PR).

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo Geral

Estudar a qualidade do atendimento humanizado prestado aos usuários de um serviço de emergência da cidade de Curitiba (PR), relacionado ao ambiente de atendimento e sua equipe.

1.2 JUSTIFICATIVA

Muitas equipes profissionais que prestam, atendimento em serviços de emergência, por diferentes circunstâncias, subestimam o diálogo e a consideração de valores morais dos pacientes para efetuar tomada de decisões clínicas.

Nesses serviços surgem, cotidianamente conflitos de ordem ética que são desconsideradas pelos profissionais de saúde alegando dificuldades infraestruturais, superlotação dos setores, e má remuneração. Afora isso, rotina estressante que conduz ao sofrimento pessoal, chamado de “síndrome de *burnout*”. E receio de serem passíveis de processos judiciais decorrentes de erros de conduta. Todos esses fatos tornam cada vez mais impessoais os atendimentos nos serviços de emergências (FURTADO, 2004)

Pacientes perdem suas identidades, transformando-se em números, e profissionais assumem a condição de técnicos pouco sensíveis aos sofrimentos pessoais dos pacientes (ARAÚJO, 2004)

O atendimento de emergência constitui uma forma especial de assistência à saúde cujas decisões necessitam ser estabelecidas em curto espaço de tempo e, o que se constata é um despreparo dos profissionais de saúde para desempenhar adequadamente essa tarefa (FURTADO, 2004)

O estabelecimento de processo deliberativo com pacientes e familiares constitui prática necessária para que o atendimento seja efetuado por meio de diálogo respeitoso entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares.

O presente estudo pretende colaborar para a implementação dessa prática no atendimento aos pacientes em serviços de emergência.

1.3 METODOLOGIA

O presente capítulo está estruturado para explicar o conjunto de procedimentos metodológicos organizados, a partir dos objetivos traçados, que auxiliaram na investigação do problema apresentado pela dissertação. Apresenta-se a pesquisa adotada neste estudo, tendo em conta o método, a abordagem, o instrumento de coleta de dados, de análise e interpretação dos resultados. Para melhor compreensão dos procedimentos, retoma-se o objetivo da dissertação que tem, como foco principal, estudar a qualidade do atendimento humanizado prestado aos usuários de um serviço

de emergência da cidade de Curitiba (PR), relacionado ao ambiente de atendimento e sua equipe.

1.3.1 TIPO DE PESQUISA

Ao realizar este estudo optou-se pela pesquisa exploratória, analítico- descritiva de natureza qualitativa por entender ser uma abordagem crítica do ambiente de atendimento em situações de emergência em um hospital público de Curitiba.

Para Assis (2007, p.115) a pesquisa descritiva:

É abrangente, permitindo uma análise aprofundada do problema de pesquisa em relação aos aspectos sociais, econômicos, políticos, percepções de diferentes grupos, comunidades, entre outros aspectos. À pesquisa descritiva serve “para descrever aspectos ou analisar a distribuição de características/atributos de determinada população ou de determinado fenômeno. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

De forma similar, Andrade (2002) destaca que a pesquisa descritiva se preocupa em observar fatos, registrá-los, analisá-los, e classificá-los não sendo facultado ao pesquisador interferir sobre os mesmos. Assim, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não podem ser manipulados pelo pesquisador.

Os resultados obtidos podem contribuir no sentido de identificar relações existentes entre algumas variáveis estudadas em populações específicas.

1.3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Considera-se como objeto da presente pesquisa a compreensão do ambiente de atendimento pela compreensão dos pacientes atendidos em um serviço público de emergência da cidade de Curitiba (PR), serviço este que atende todos os tipos de emergência, considerado então, como hospital geral de referência nacional neste tipo de atendimento, contudo a maior volume de atendimento é de trauma das mais variadas possibilidades.

1.3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Após a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número 062623/2015 foram escolhidas 85 pessoas como sujeitos do estudo, escolhidas dentro dos critérios de inclusão e de forma aleatória ao problema de saúde, em um período de 3 meses, nos diversos horários de atendimento, entendendo que a característica do pesquisado pode ser diferente no período de 24h em um serviço de emergência.

Passado o primeiro atendimento, que é feito na sala de emergência, os pacientes são encaminhados e devidamente acomodados nas salas de observação e salas de internamento e após a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e concordância em participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do TCLE.

As entrevistas foram feitas em lugar privativo, reservado em um consultório, preservando-se o anonimato do sujeito da pesquisa.

Critério de inclusão: os pacientes devem ter mais de 18 anos, lúcidos, em condições de responder verbalmente as questões formuladas na presente pesquisa, independente do grau de instrução ou de gênero.

1.3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O questionário a ser aplicado na pesquisa contém perguntas relativas ao grau de satisfação dos usuários (insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito) sobre o atendimento a eles prestados pelos profissionais de saúde que integram a equipe de um serviço de emergência da cidade de Curitiba (PR), bem como as estruturas físicas desta instituição.

O instrumento utilizado na pesquisa foi aplicado exclusivamente pelo autor da presente dissertação e constou com questões autoexplicativas e outras expositivas promovendo um processo dialógico estabelecido entre o pesquisador e o paciente pesquisado com a finalidade de identificar o cumprimento dos objetivos propostos para esta pesquisa.

Toda a entrevista foi lida e explicada, e após submetida a uma análise de seus conteúdos, tendo como finalidade aferir o grau de satisfação no atendimento que lhe fora prestado em uma unidade de atendimento de saúde pública de emergência.

Em seguida, os dados eram armazenados no aplicativo *Microsoft Office Excel* 2013, tendo as análises estatísticas dos dados sido realizadas por meio do Programa SPSS versão 11.0. Para a análise dos resultados de interesse relacionados à pesquisa, gerando gráficos e tabelas para uma melhor compreensão dos dados pesquisados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Existe uma gama enorme de referenciais teóricos e teorias sobre o assunto, dentro do contexto deste trabalho pode-se observar alguns conceitos sobre o tema, chamando atenção para a proposta de Diego Gracia, pela abordagem clínica que desenvolve em suas pesquisas e estudos, e, na metodologia adotada pelo mesmo.

2.1 MÉTODO PROPOSTO POR DIEGO GRACIA

Diego Gracia, bioeticista espanhol, faz uma analogia entre o método clássico de semiologia clínica e as formas de analisar os conflitos em Bioética, ele observa que a elaboração do diagnóstico inicia por uma boa coleta de dados clínicos e um exame físico minucioso, desta forma, após avaliação o profissional da saúde se baseia em fatos clínicos (sinais e sintomas) para a tomada de decisão clínica. Assim como um “juízo clínico”, um juízo ético também se é desenvolvido na percepção dos fatos, opiniões e circunstâncias (GRACIA, 2001).

Em uma discussão clínica, é imprescindível iniciar com uma boa coleta de dados técnicos sobre o caso que vão possibilitar a elaboração de um diagnóstico e um prognóstico e planejar o tratamento mais adequado para aquele paciente. Esta é a lógica da medicina: compilar fatos, ou seja, certos achados que são perceptíveis através da análise clínica, laboratorial e de exames de imagens, por exemplo.

O segundo passo constitui-se em uma estimativa do valor de cada sinal, sintoma ou resultado de exames. Estes juízos clínicos são importantíssimos porque permitem estimar o prognóstico, quando relacionados ao curso da doença; o diagnóstico, quando versam sobre o significado dos achados e sua causa; e a terapêutica mais adequada para atender o paciente (GRACIA, 2001).

Além destes juízos clínicos, os profissionais devem fazer outra espécie de estimativa a quais sejam, os juízos morais, que consistem em analisar qual é a melhor

opção (aquilo que é bom ou que é correto), entre as alternativas disponíveis, para chegar ao melhor resultado possível, naquela situação específica e para aquele doente em particular.

Assim como um juízo clínico, um juízo ético também se origina na percepção dos fatos, opiniões e circunstâncias, porém é na avaliação da importância ética destes achados, em determinada situação concreta, que eles ganham significado. A decisão pode ser alcançada através de duas perspectivas distintas, mas não necessariamente excludentes: de um lado, a opinião da medicina, avaliando aquilo que a ciência, baseada em evidências acha que é o melhor para a pessoa, de outro, a ótica do paciente, levando em consideração sua vontade, seus legítimos interesses, enfim, aquilo que ele acha que é melhor para si (GRACIA, 2001).

Em Bioética, o procedimento para análise de casos é muito semelhante: é necessário organizar as informações importantes, centrar-se nas questões fundamentais, descartar aquelas que são alheias ao problema, examinar com atenção os prós e os contras de cada alternativa, com o objetivo de tomar uma decisão ética prática. A finalidade de todos os métodos até hoje propostos em Bioética é articular as dimensões técnica e ética do ato médico. Isto significa que, para discutir um problema ético, é necessário aclarar primeiro todas as dúvidas técnicas (juízos clínicos) para, só então, analisar os conflitos de valores (juízos éticos). (DINIZ, 2008)

Os valores envolvidos no caso devem ser hierarquizados porque a importância dos argumentos varia de acordo com a decisão: alguns valores serão decisivos, outros serão importantes e outros ainda serão pouco considerados, por não terem relevância naquela situação particular. Uma consideração decisiva é aquela que tem mais peso na decisão, deve ser considerada como um argumento de necessidade (JONSEN et al., 1998), pois ela obriga o profissional de saúde a optar moral e tecnicamente por aquele curso de ação. Por exemplo, um paciente politraumatizado, ao chegar a um serviço de emergência, deve receber um pronto e completo atendimento; a equipe assistente não pode optar por deixar de fazê-lo.

Frente a essas circunstâncias clínicas pode-se adotar condutas que obedecem a uma ordem de conveniência e que serão levadas em conta outras escalas de valores (JONSEN et al., 1998).

Conforme Diego Gracia, os modelos para tomada de decisão devem submeter-se uma lista de oito critérios para a análise de cada caso:

1. Identificação do problema; apresentado com o máximo de clareza.

2. Análise dos fatos: quanto mais explícito estiverem, mais fácil será a análise ética;
3. Identificação dos valores implicados no caso.
4. Identificação dos valores em conflito.
5. Identificação do conflito de valor fundamental
6. Deliberação sobre o conflito fundamental: deliberar sobre o curso de ações possíveis, reduzindo-os a propostas reais e não ideais. Deliberar sobre o curso de ação.
7. Tomada de decisão.
8. Critérios de segurança: que decisão tomada possa ser publicável. Verificar se a decisão é antijurídica, o que o tornará inválida.

Com uma sensibilidade interpretativa em consonância com o objeto de estudo, os valores pessoais dos usuários dos serviços de emergência são levados em conta e respeitados conforme o pressuposto.

2.2 ÉTICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O termo “bioética”, usado em 1971 por Potter, em sua obra *Bioethics: bridge to the future*, constitui um marco histórico importante para o desenvolvimento da Bioética. De acordo com Diniz e Guilherme (2008, p. 147), “Potter era um cancerologista estadunidense preocupado com a sobrevivência do planeta e com a democratização do conhecimento científico”. Estas considerações indicam que já nos seus primórdios a proposta refere-se a uma bioética *cósmica*.

Entretanto, logo em seus primórdios, muito por influência do recém-criado Instituto Kennedy de Bioética, que sob o comando de Andre Hellegger, passou a apresentar a nova área do conhecimento como área privilegiada da ética profissional relacionado à saúde/doença dos seres humanos, repensada e exigida especialmente face ao surgimento de novos dilemas morais relacionados à prática biomédica como resultado do desenvolvimento tecnológico (POSE, 2006)

Já que, “um grande desenvolvimento tecnológico fez surgir dilemas morais inesperados relacionados à prática biomédica”, foi Andre Hellegers que “utilizou a palavra bioética para denominar um campo da ética biomédica”, definição ainda hoje usada em países de tradição anglo-saxônica. O autor, “diante da existência do

neologismo, teria sido o primeiro a utilizá-lo institucionalmente com o intuito de designar uma nova área de atuação na área biomédica” (DINIZ; GUILHEM, 2008, p. 181).

A ética dos princípios apresentada por Beauchamp e Childress em 1979 (CHILDRESS, 1994), tem como fonte inspirador a obra *The Right and the Good* (ROSS,1930). O Ross defendia a teoria de que a vida moral se desenvolve a partir de determinados princípios que são básicos, e autoevidentes para toda a sociedade; porém, que não teriam caráter obrigatório ou absoluto, admitindo, portanto, exceções de acordo com circunstâncias específicas.

Na interpretação de Pellegrino (1995, p.25):

Ross sustenta que intuitivamente sabemos "à primeira vista" que algo é nosso dever: por exemplo, um pediatra sabe que tem o dever de visitar um paciente que prometeu visitar, porém uma reflexão posterior pode mostrar que há um conflito de deveres e o que era dever "à primeira vista" deixa de ser se o pediatra inesperadamente tem que atender a um doente de urgência.

Os princípios *Prima Facie* apresentados na obra de Beauchamp e Childress (1994), são: beneficência; não-maleficência; autonomia e justiça.

Os princípios de não-maleficência e beneficência correspondem às obrigações hipocráticas de atuar sempre, tendo em conta o bem-estar do paciente e de evitar causar-lhe danos. Em particular, o princípio de beneficência é considerado a "essência do ser" médico e expressa a obrigação de ajudar aos pacientes para além dos interesses destes, através da remoção e prevenção de agravos ou riscos à saúde. Em outros termos, advoga medidas positivas e não apenas evitar causar danos à saúde (ZANCAN, 1999, p. 47).

No entanto, no contexto da assistência à saúde, é essencial considerar os princípios de beneficência e não-maleficência em conjunto, na medida em que nem sempre o que é considerado um benefício do ponto de vista do médico, também o é do ponto de vista do paciente. Esta atitude é conhecida como "atitude paternalista" que consiste em negligenciar a "vontade" do paciente, representada pela presunção de que é o médico que sabe o que é melhor para seu paciente (BEAUCHAMP,1994, p. 93).

Em outros termos, a aplicação, pura e simples, do princípio da beneficência nos atos médicos pode levar a situações em que se considera lícito intervir sobre o doente mesmo contrariando sua própria vontade, o que seria um mal do ponto de vista deste, opondo-se, ainda, ao princípio de autonomia (SEGRE,1995, p.215).

Já o princípio da não maleficência reforça a ideia de que ninguém deve agir de modo a que para outrem seja prejudicial, mesmo que os envolvidos permitam que lhes seja causado danos, relativizando desta forma o princípio de autonomia.

O princípio de respeito à autonomia e de inspiração iluminista e está enraizado na tradição liberal das sociedades ocidentais. Refere-se essencialmente à liberdade individual. Exercício da autonomia pessoal refere-se à privacidade, liberdade de escolha pessoal e, numa concepção dialética e abrangente das relações entre indivíduos e sociedade, o respeito individual as escolhas individuais (ZANCAN, 1999, p.199).

Beauchamp e Childress (1994) analisam a ação autônoma nos termos de escolhas por parte de quem age: a) intencionalmente; b) com entendimento; e c) livre de influências ou constrangimentos que possam determinar seus atos. Neste caso, o respeito da autonomia significa, no mínimo, reconhecer o direito da pessoa de ter sua própria visão de mundo, de agir de acordo com valores e crenças pessoais.

No que concerne à assistência à saúde, o respeito à autonomia do paciente obriga, em princípio e "*prima facie*", o profissional de saúde a anuir às decisões do paciente sobre os procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, e a manter sigilo sobre as informações obtidas. O respeito à autonomia requer, conforme a expressão de vontade do paciente receber informações sobre seu estado de saúde, ou respeitar seu desejo de desconhece-los. De fato, como ressalta Pellegrino (1995), o princípio da autonomia, do paciente, conflita com o proposto pela ética médica tradicional, embasada no paternalismo hipocrático e na autonomia médica.

As normas para realização de pesquisas com seres humanos do Ministério da Saúde, através da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), dispõem sobre o princípio da autonomia do sujeito da pesquisa que tem assimilado pelos médicos somente nos anos recentes.

Dos quatro princípios, o da justiça é o que mais se distancia da realidade pois "está se centrava no bem-estar de cada paciente e não no bem da sociedade" (Pellegrino,1995, p. 33). Nos últimos anos, no entanto, o princípio de justiça tem ganhado força no campo da saúde, em função da insistência em alocar-se adequadamente na área sanitária.

Assim, o princípio de justiça pode ser considerado como aquele que pretende respeitar ao máximo a justa distribuição de recursos em sociedades carentes de recursos sanitários para atender a demanda, pois, como Aristóteles afirmara, "tratar

as pessoas com igualdade nem sempre resulta em justiça, pois, existe uma variedade grande de maneiras de tratar pessoas injustamente, quando são tratadas com igualdade” (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997, p. 11).

Para Singer (1993, p.69), considerar o aspecto universal dos juízos éticos só se justifica, neste contexto de secularização e pluralidade, pela aplicação do princípio básico da igual consideração de interesses. Singer afirma que a base da igualdade humana seria a propriedade que cada indivíduo possa realizar seus interesses pessoais independente do controle do estado. Considera, ainda, que os interesses humanos mais importantes seriam, o de evitar a dor, desenvolver suas aptidões pessoais; satisfazer suas necessidades básicas de alimento e abrigo, ser livre para desenvolver seus projetos pessoais de vida.

De fato, para Singer (1993), as diferenças de capacidade entre duas pessoas não seriam razões suficientes para justificar uma diferença no atendimento de interesses pessoais de quem quer que seja.

De maneira oposta, John Rawls (2000, p.12) descreve prioridades à questão da justiça como equidade, apontando enfaticamente que “a distribuição natural não é justa nem injusta; nem é justo ou injusto que os homens nasçam em condições particulares no âmbito social”. Sustenta que são “simplesmente fatos naturais”, e que a determinação do que seja justo ou injusto está na “forma pela qual as instituições tratam esses fatos”.

Gillon (1994, p. 21), por outro lado, ressalta que o princípio de justiça é frequentemente considerado como sinônimo de imparcialidade e sensatez, reduzido à mera obrigação moral em agir, baseada num julgamento distanciado (ou imparcial) entre reivindicações competitivas e conflituosas.

Beauchamp (1994) por sua vez, afirma que os princípios da Bioética não devem ser considerados como regras ditadas pela prática, nem como prescrições absolutas. Acrescenta que todos os princípios deveriam ser respeitados e que a precedência de um sobre outro, em casos de conflito, deveria também estabelecer-se em cada caso concreto. O autor ressalta que, se esse método de avaliação pode parecer perigosamente flexível, nenhum conjunto de princípios ou diretrizes gerais possibilitarão soluções mecânicas, ou procedimentos definitivos, para o processo de tomada de decisão frente a problemas morais em medicina. Em suma, a "experiência e a voz do juízo são aliados indispensáveis". (BEAUCHAMP, 1994, p.9)

De fato, o profissional da saúde, deve considerar tanto a deontologia (visto que o exercício de sua profissão depende de um juramento), quanto às consequências que as escolhas e práticas em saúde podem acarretar em termos de bem-estar individual e coletivo. Assim sendo, é nas situações concretas em que o profissional deve intervir, quando interesses legítimos estão em conflito, que poderemos analisar as possíveis consequências de se privilegiar um ou outro princípio da Bioética.

É nesse sentido que o princípalismo pode ser considerado pertinente para a análise dos dilemas morais vivenciados no interior das políticas e práticas de atenção à saúde no contexto dos serviços de emergência.

De acordo com o princípio da autonomia, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. A autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas (BEAUCHAMPS E CHILDRESS, 1979, p. 18).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, expressa em seu enunciado que as pessoas são livres. Nos casos de atendimento à saúde podemos mencionar o Código de Defesa do Consumidor, o que, em alguns de seus artigos, garante proteção às pessoas em busca de serviços de saúde, como usuários de serviços públicos.

A homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), traz um documento que incorpora cláusulas de direito de cidadania sociais e ambientais, antes amplamente ignorados. Tal documento foi resultado de um longo período de discussões levadas a efeito sob coordenação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

O fato é que o documento em questão pode ser considerado um avanço extraordinário para o campo da saúde, pois, além de contemplar as questões biomédicas tradicionalmente abordadas pela bioética, apresenta conquistas no campo social, capazes de impactar na política socioeconômica dos países menos favorecidos (GARRAFA, 2005).

Passaram a fazer parte da Declaração - no seu capítulo referente aos “Princípios” – entre outros, os seguintes artigos específicos que guardam relação com a ética universal proposta por Paulo Freire: dignidade humana e direitos humanos (artigo 3); respeito pela vulnerabilidade humana e integridade individual (art. 8); igualdade, justiça e equidade (art. 10); respeito pela diversidade cultural e pluralismo (art. 12); solidariedade e cooperação (art. 13); responsabilidade social e saúde (art.

14); compartilhamento dos benefícios (art. 15); e, proteção do meio ambiente, biosfera biodiversidade (art. 17). (UNESCO, 2005)

De fato, é possível constatar que a nova perspectiva da Bioética, (re) inaugurada a partir da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, trouxe consequências positivas e adequadas no sentido de ampliar as discussões éticas nos setores biomédicos e da saúde, proporcionando melhores condições para implementação de medidas de inclusão social e favorecendo a construção de sistemas sanitários mais acessíveis e justos (GARRAFA, 2005).

Para que o respeito pela autonomia das pessoas seja possível, duas condições são fundamentais: a liberdade e a adequada informação. Isso significa que, em um primeiro momento, a pessoa deve ser livre para decidir. Para isso, ela deve estar livre de pressões externas, pois qualquer tipo de coação inviabiliza o exercício da autonomia.

Para Gianberardino Filho (2003), uma pessoa é considerada autônoma, quando é dotada de habilidades para o autogoverno, sabe deliberar e fazer escolhas. Assim, no ambiente dos serviços de saúde, deveria haver a consulta aos usuários sobre seus desejos, opções e planos de vida, a partir de informações claras e acessíveis sobre o processo saúde-doença por eles vivenciado, e respeitando a dignidade do paciente, oferecendo a ele e a seus familiares um acolhimento global, e não apenas limitado à doença que justificou a assistência.

Já para Koerich (2005), autonomia diz respeito ao poder de decidir sobre si mesmo e preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. Cabe aos profissionais de saúde oferecer as informações técnicas necessárias para orientar as decisões do paciente, sem utilização de qualquer forma de coação ou manipulação, para que a pessoa possa participar das decisões sobre o cuidado e assistência à sua saúde.

O Princípio do Respeito à Pessoa é central na Bioética, sendo caracterizado por algumas características, tais como a privacidade, veracidade e autonomia. Este princípio recebeu diferentes denominações ao longo dos anos, tais como Princípio do Respeito às Pessoas, Princípio do Consentimento e Princípio da Autonomia (MARTINS, 2000).

Segundo Muñoz e Fortes (1998, p. 54),

O vocábulo autonomia deriva do grego: Autos = próprio; Nomos = norma, regra, lei. Significa autodeterminação, autogoverno. Pressupõe que a pessoa

deve ser livre de coações (internas ou externas) para que possa escolher a alternativa que melhor lhe convém, podendo sofrer restrições decorrentes de fatores como a idade ou doenças. A autonomia materializa-se no consentimento livre e esclarecido, que decorre do direito da pessoa autônoma consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que afetem ou venham a afetar sua integridade físico-psíquico-social.

No Brasil, este princípio ganhou importância, sendo incorporado ao Código de Ética Médica vigente desde abril de 2010.

Na Bioética Global, com base nas percepções de Potter (1988, p. 44):

A conexão e interdependência de todas as formas de vida na “comunidade Terra”. E complementa que, no seu entendimento, “como Carol Gilligan, Leopold estava preocupado mais com responsabilidades do que com direitos”, coincidindo ambos na ‘visão do cuidado’: os problemas morais decorrem mais de responsabilidades em conflito do que de confrontos de direitos individuais. Assim, para Potter, a Bioética Global representava o resultado do impacto da ‘visão do cuidado’ sobre a ecologia e a bioética médica.

Parece, então, que “cuidado”, “responsabilidade” e “bioética” estão, se não intrinsecamente unidos, ao menos contextualmente imbricados. E mais, diria que precisam ser, articulados e implementados na atenção à saúde, especialmente na nos serviços de emergência, dadas as peculiaridades de sua clínica (SANTOS; SCARPELINI, 2002).

2.3 FATOS E VALORES

Fato é todo dado de percepção; algo objetivo, impositivo, observável. Aos fatos correspondem os juízos descritivos, ou juízos de fato, isto é, a reprodução do dado perceptível observado na realidade, por exemplo: ‘o fêmur está fraturado’ ou ‘a manhã está chuvosa’ (GRACIA, 2006 apud ZOBOLI, 2010, p. 146).

Para Ortiz (2009) citado por Zoboli (2010, p. 147) em sua tese, os juízos de valor expressam a estimacão acerca da percepção, por exemplo: ‘tal ação é injusta’; ‘o que fizeram para o paciente é desumano’; ‘a manhã está bela’. Os fatos se percebem e os valores se estimam. O juízo moral inicia-se com os juízos de fato, pois permitem aprofundar o conhecimento da realidade. Porém, os fatos são apenas uma parte integrante do processo deliberativo.

Delibera-se sobre fatos, valores e deveres. A tudo que se percebe, necessariamente, atribui-se valor. Não há fatos puros, pois eles sempre carregam juntos valores. Esses não são dados concretos da percepção e não podem ser vistos

ou tocados. Fatos e valores são âmbitos distintos, mas relacionados, da realidade (GRACIA, 2006 apud ZOBOLI, 2010, p. 146).

Os valores, ancoram-se nos fatos e sofrem influências sociais, históricas e culturais. Ou seja, os valores são, ao mesmo tempo, intuídos individualmente e construídos socialmente. Aos valores correspondem juízos valorativos, que se apoiam nos juízos de fato (GRACIA, 2001). Como os valores têm componentes intuídos individualmente, há o risco do subjetivismo.

Para Zoboli (2010), os valores representam um dos elementos da cultura organizacional e pessoal. Toda organização tem uma cultura, ou seja, normas, valores, atitudes e crenças compartilhados dos quais determinam seus objetivos, estilos de trabalho e natureza das relações humanas (STONER; FREEMAN, 1995; FREITAS, 1991).

Na tentativa de classificar o que venha a ser um valor Kluckhohn (1951, p. 199) ressalta que:

uma concepção; explícita ou implícita, distintiva de um indivíduo ou característico de um grupo, do desejável que vai influenciar a seleção dentre os modos, meios e finalidades de ação disponíveis". Dessa forma, buscando-se os valores que regem o comportamento torna-se possível analisar os fundamentos centrais do agir humano.

Alguns autores preocupam-se também em classificar os valores que são próprios dos seres humanos. Assim, Schein (1984, p. 97) classifica-os em: "(1) valores finais, não debatidos e não questionáveis, para os quais seria melhor empregar o termo 'premissas'; e (2) valores sujeitos a debate, abertos, esposados, para os quais o termo 'valores' é a melhor expressão." Rokeach (1973, p. 33) classifica os valores em duas classes fundamentais: valores terminais que incluiriam os valores pessoais e sociais e os valores instrumentais que compreenderiam os valores morais e de capacidade. Scheler (apud GELAIN, 1983, p. 219) identifica uma escala de valores que surge no homem, na sequência: valores úteis, vitais, lógicos, estéticos, éticos e religiosos.

Importante entender como os conceitos se relacionam e como os valores morais e pessoais interferem na assistência humanizada.

2.4 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A humanização da assistência à saúde requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores bioéticos que norteiam a prática profissional. Além do tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objeto de trabalho, o doente/ser fragilizado. A humanização pressupõe nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e os processos de trabalho institucionais.

Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos existentes, demonstram estar cada vez mais a procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações de trabalho, principalmente associadas à autonomia, justiça e necessidade de respeito à dignidade da pessoa (CASTRO, 2005)

No hospital, principalmente nas UTIs e nos PSs encontramos, na maioria das vezes, equipamentos médicos e medicações que permitem melhorar e prolongar a vida de uma pessoa enferma. Entretanto, convive-se simultaneamente, com falta de recursos humanos, e de materiais básicos que aliado a superlotação, a sobrecarga de trabalho e a ausência de atendimento às demandas psicossociais de pessoas doentes e suas famílias. Bellato (2001, p. 67) nos diz que, “[...] o hospital organiza seu espaço para receber a doença e não a pessoa doente, sendo esta vista apenas como um substrato no qual a doença se instala”, ou seja, ainda assistimos a um cuidado que é pautado no modelo biomédico, centrado na doença, no biológico. Entendemos que a população, de um modo geral aquela que usa os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), encontram nestes serviços uma “porta aberta” para o acesso a saúde que necessita.

Os serviços hospitalares de urgência/emergência, representam a porta de acesso ao atendimento de alta complexidade e a eles deveriam ser destinados os casos mais graves ou com risco iminente de morte, mas observamos uma superlotação em decorrência da ineficiência da atenção primária ou secundária e o deslocamento indevido da população ao pronto-socorro (PINHO; KANTORSKI, 2009).

O Ministério da Saúde preocupado com a superlotação dos serviços de emergência, principalmente por casos de menor complexidade e levando os profissionais a trabalhar em condições desgastantes, promovem entre outras ações políticas, a Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2009).

Essa política nada mais é do que uma tentativa de resgatar a qualidade no atendimento à saúde, com menor desigualdade. Tratar o próximo (usuários, sociedade e/ou os próprios profissionais da saúde), da mesma forma que todos gostariam de ser tratados e que as necessidades dos cidadãos fossem atendidas na medida em que elas fossem surgindo (DESLANDES, 2005).

No que diz respeito ao atendimento das urgências e emergências, para que se possa atingir os objetivos preconizados pela Constituição Federal e do PNH, foi implantado o “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência” (BRASIL, 2009). De acordo com Passos (2006, p. 47) isso significa “prestar atendimento com resolutividade e responsabilização... restabelecer o princípio da universalização do acesso...” A Classificação de risco realizada nas unidades de serviços de urgência deve funcionar de acordo com a Portaria GM/ MS n. ° 2048 (BRASIL, 2002):

[...] a classificação de risco deve ser realizada por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

Desta forma, um dos objetivos principais do PNH é pôr um fim às situações “desumanizantes” como, por exemplo, longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a despersonalização (do usuário), a falta de privacidade, a aglomeração e a falta de ética de alguns profissionais, e a melhoria de condições de trabalho para os profissionais e trabalhadores da saúde em nosso país (DESLANDES, 2010).

A Classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares e sobre o tempo provável de espera, diminuir a superlotação dessas unidades (BITTENCOURT, 2009). Para os profissionais envolvidos no processo assistencial o objetivo é promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão de ambiência e implantação do cuidado horizontalizado, aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Porém as unidades de pronto-socorro ainda funcionam de maneira precária desconsiderando as diretrizes do MS e privilegiando o atendimento centrando na queixa principal que levou o paciente a procurar o serviço e na conduta relacionada a ela, levando a uma prática, onde se observa apenas o problema, e nunca a pessoa com todos os seus medos e angustias frente a esta situação. Essa prática, entretanto, é comprovadamente benéfica na vigência de situações que ameaçam a vida, como na parada cardiorrespiratória, em casos de acidentes graves, cuja adoção sistematizada de atitudes terapêuticas, seguindo um protocolo, aumenta as chances de sobrevivência de pessoas criticamente doentes, mas não é uma prática ideal para os casos de menor gravidade e complexidade, e com este cenário, encontramos filas de espera, acomodações desumanas entre outros (BITTENCOURT, 2009).

As pessoas doentes, sejam crianças, adolescentes, adultos ou idosos, e suas respectivas famílias, que precisam do serviço de emergência, para os casos de menor gravidade, buscam a resolutividade das suas queixas e se deparam com a situação precária no atendimento (material e humana), com a superlotação, com o pouco envolvimento da equipe de saúde, com o distanciamento, com a impaciência em algumas situações e com as discussões entre profissionais que, muitas vezes, presenciam (PINHO; KANTORSKI, 2014).

O atendimento às pessoas que procuram o serviço de urgência/emergência deveria garantir desde o consumo das melhores tecnologias de saúde disponíveis, até as medidas que resultassem em um ambiente seguro e confortável para a pessoa. Dessa forma, haveria combinação da tecnologia com a humanização, com o desafio de ver a pessoa doente e suas necessidades singulares como ponto de partida para o cuidado no ambiente hospitalar (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O cuidado hospitalar, principalmente no pronto-socorro, é necessariamente multidisciplinar e dependente das ações e saberes de vários profissionais que são harmoniosos em alguns momentos e interrompidos, truncados, assíncronos em outros (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Para que se possa alcançar um acolhimento dos usuários nos prontos-socorros de maneira humanizada e eficiente, todos os profissionais da saúde, necessitam entender como o fluxo de atendimento funciona e se conscientizar de que se deve assumir um compromisso com o usuário para que suas necessidades sejam atendidas. Caso isso não seja possível de ser feito no momento em que o usuário procura a unidade, o profissional terá o dever de “direcionar de maneira ética e

resolutiva, com segurança de acesso...” o usuário ao local ou serviço apropriados (BRASIL, 2008).

Ou seja, de acordo com o acolhimento com classificação de risco, o usuário não pode deixar estas unidades sem ter suas necessidades atendidas. Como mostram Azevedo e Barbosa (2007), o agendamento de consultas especializadas para datas distantes e encaminhamentos para outras unidades são fortes indicadores de insatisfação dos usuários que buscam atendimento na rede pública e nas unidades de saúde básica (USB).

Outra questão a formação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), apesar de todas as discussões sobre integralidade e humanização, ainda é focada no modelo biomédico e fortemente marcada pelo positivismo e pelas “teorias mecanicistas” que tratam a pessoa doente como portadora de uma disfunção, menosprezam o ser paciente, destituindo-o de liberdade e de autodeterminação (MINAYO; DESLANDES, 2007).

As atribuições do enfermeiro na classificação de risco, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) e resolução nº 159 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) (BRASIL, 1993), são as mesmas da consulta de enfermagem e se baseiam em seus conhecimentos científicos e em consensos com a equipe multidisciplinar para uma avaliação da gravidade ou grau de sofrimento de uma pessoa sem excluí-la do atendimento ou realizar diagnóstico médico prévio. É bom lembrar que o enfermeiro não pode deixar de incluir, em suas atribuições na classificação de risco, o “ouvir” e o “sentir”, o respeito e o diálogo aberto com as pessoas para que sua avaliação seja bem-sucedida.

Outro ponto importante que trata a PNH dia respeito às relações interpessoais e multiprofissionais que trabalham nos serviços de emergência. A Política Nacional de Humanização busca a mudança de atitude entre os profissionais que trabalham com o acolhimento humanizado e classificação de risco. Sabe-se da dificuldade em se ter profissionais das mais diversas formações trabalhando juntos em um ambiente de alto nível de estresse e de tomadas rápidas de decisões que lidam com a vida e a morte (MONTANHOLI; OLIVEIRA; TAVARES, 2010; BITTENCOURT; HORTALE, 2010).

Assim, a PNH preconiza o bom relacionamento entre os profissionais envolvidos e que as tomadas de decisões sejam feitas de forma coletiva no intuito de diminuir o nível de estresse e carga de trabalho. Com a mudança no processo de trabalho, o resultado final é: profissionais atuando melhor, mais satisfeitos, interagindo

melhor entre si e resolvendo problemas dos usuários de forma correta e eficaz (PANIZZON; LUZ; FENSTERSEIFER, 2011).

O processo de humanização em saúde é compreendido e analisado fundamentalmente a partir da categoria trabalho. O trabalho é característica distintiva importante do homem em relação aos demais animais (SILVA, 2000). Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir, do outro, palavras de seu reconhecimento (COLLET; OLIVEIRA; VIEIRA, 2006).

A humanização está relacionada com a satisfação da pessoa doente com a qualidade do cuidado e com a manutenção da sua dignidade de pessoa humana, enquanto que a desumanização ou despersonalização “simboliza estados negativos da experiência dos pacientes ou profissionais” (HOWARD; STRAUSS, 1975, p. 59).

A Humanização como política de saúde nada mais é do que uma luta a favor da atenção integral à saúde da população. Dessa forma, a necessidade da realização do acolhimento com classificação de risco se torna essencial para a população que busca os serviços de urgência e emergência em nosso país.

Para que alcancemos esse objetivo cada profissional da saúde deve ter o compromisso de acolher, receber cada usuário de uma forma humana e garantindo resolutividade de suas necessidades através de uma relação usuário e profissional. Essa relação se desenvolve de tal forma que todos os indivíduos envolvidos passam a se conhecer pelo próprio nome e sabem das necessidades de cada um. Para os profissionais de saúde, como os enfermeiros, a valorização profissional, a relação de respeito entre todos os profissionais e um sistema de fluxos que garanta a resolução dos problemas da população é imprescindível para que a dinâmica de trabalho não venha a ser mais estressante do que já é.

Pensa-se, que apenas ações políticas não resolvem os problemas dos serviços de emergência, e entre o caos e o sofrimento muitos profissionais levam o seu trabalho a sério, eles não deixam a pessoa doente sem assistência ou são negligentes com ela.

Na prática a política de humanização é mais complexa do que se posso imaginar, existe uma série de fatores, intrínseco e extrínseco que determinam o sucesso ou o insucesso da aplicação dos protocolos, para tanto se faz necessário

entender os conceitos, e políticas públicas dos serviços de emergência para uma melhor aplicação dos protocolos de humanização.

2.5 CONTEXTUALIZANDO O CUIDADO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1451/95 (BRASIL, 1995), assim define Urgência e Emergência: " por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata." e " por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato."

O Código de Ética Médica de 1994 estabelece a obrigatoriedade do atendimento médico a qualquer paciente que procure, em casos de urgência ou emergência, os cuidados do profissional.

O local para o atendimento de urgências e emergências médicas é o Serviço de Pronto-socorro (PS) e o mesmo deve apresentar equipe médica específica em regime de plantão no local, bem como contar com recursos técnicos necessários para o funcionamento contínuo (BRASIL, 1994).

As unidades de emergência devem ser locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas, o que exige competência profissional e equipe especializada para prestar pronto atendimento (GOMES, 1994, p. 80)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) diferencia: 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 morte, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato"; pronto-socorro como "estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de morte, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato, devem funcionar por às 24 horas do dia e dispor de leitos de observação

O crescimento da demanda por serviços nesta área de atendimento à saúde nos últimos anos, se devem ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento à população;

Weber (2002), reconhece que é bastante difícil criar condições para atender essa demanda, pois os serviços de pronto socorro mantem suas portas abertas para atender uma gama de pacientes que não encontram acolhimento em outros serviços (ambulatórios, unidades básicas, etc), frequentemente apresentando queixas crônicas, que o profissional de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico estejam habilitados a procederem triagem dos casos utilizando-se de análise criteriosa para reconhecer o grau de seriedade que envolve cada situação e as possíveis consequências das decisões por eles tomadas.

Exatamente por essas condições, a assistência em situações de emergência ou de urgência tornam possíveis inúmeros conflitos morais que necessitam ser conduzidos por meio de escuta ativa e dialogo respeitoso por parte dos profissionais da saúde envolvidos neste atendimento.

Weber (2000, p.55) considera que "a situação de emergência não invalida a lei, mas mostra que ela não é absoluta. Isto significa dizer que é necessário levar em conta as circunstâncias de cada situação".

O sistema de saúde, no Brasil, foi implantado com algumas lacunas administrativas. Não dispondo de estrutura física buscou-se a terceirização do que lhe faltava ao propósito inicial de dar cobertura assistencial integral a toda população.

Desse modo, existem alguns referenciais básicos que fundamentam o agir dos profissionais da área da saúde que devem servir como guias de conduta para a ética profissional. Entre outros figuram o respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (CHILDRESS, 2002).

Cuidar é respeitar, estimar, ter solicitude, reconhecer o valor da pessoa humana em si e no outro, superando o ódio, o conflito, o desconhecimento, pela afirmação do amor e da justiça como condições de realização da nossa humanidade (CESAR, 2011).

Segundo Collière (2003, p.1), cuidar significa "prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se". Os seres humanos, como todos os seres vivos, sempre precisam de cuidados, pois é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. As peculiaridades da existência humana, como meio de clarificação e entendimento do ser, podem ser capturadas por uma única palavra: "cuidado". O mundo pode ser definido como aquilo

a que o homem dedica cuidado, e o homem como aquilo que dedica cuidado ao mundo.

A palavra cuidado tem duas derivações: do latim *cura*, escrito *coera*, que era usada num contexto de relações de amor e de amizade, expressando a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação em relação ao objeto do desejo; outra derivada *cogitare-cogitatus* que tem o mesmo sentido de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (BOFF, 1999 pág.195). Assim, “cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato”. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude (BOFF, 2008, p.33). O cuidado revela, ainda, nossa existência como um ser-no-mundo, ele está ligado à vida, tem caráter universal e se apresenta de forma singular em cada situação. Enquanto cuidado, nós não somos um objeto fixo no interior do mundo, mas uma extensa rede de atenções para com o interior do mundo. A maneira como cuidamos depende de como somos cuidados, da maneira como o mundo se mostra através de cada um de nós e, principalmente, dos ângulos de interpretação que temos do mundo (URASAKI, 2001).

A emergência é considerada como um universo dentro dos serviços de saúde, são rotinas determinadas pela demanda, uma variedade de pacientes com as mais diversas situações envolvidas, não existe um plantão igual a outro. A necessidade de entender este ambiente e as características dos pacientes é ponto fundamental para uma assistência humanizada, respeitosa e com dignidade tanto para os pacientes quanto para as equipes que trabalham neste este serviço

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Estar na emergência significa estar no ambiente de atendimento de pronto-socorro e coloca a pessoa em um dos mais difíceis e diversificados momentos de situações opostas de saúde e doença com situações de ambiguidades de sentimentos e emoções. Por esse motivo, o paciente no cenário estressante e conflituoso dos serviços de atendimento de urgência e emergência necessita de apoio e solidariedade da equipe multiprofissional e um ambiente mais adequado possível para poder atender os seus anseios de saúde.

Os resultados obtidos a partir das respostas dos questionários respondidos por 85 participantes do estudo. Os dados são apresentados em forma de gráficos para

uma melhor forma de entendimento, os dados foram organizados em e analisados ao final desta primeira parte dividida em três (3) variáveis: 1.Variáveis relativas ao ambiente de atendimento; 2.Variáveis sobre a consulta médica; 3.Variáveis sobre as orientações pós consulta.

As unidades e categorias temáticas são classificadas quanto ao comprometimento com a compreensão sobre a qualidade do atendimento prestado aos usuários de um serviço de emergência da cidade de Curitiba.

A primeira parte do estudo mostra um perfil epidemiológico para um melhor entendimento das características do paciente atendido no serviço de emergência.

Primeiro ponto importando da análise é quanto gênero foi observado que a proporção de homens superou a de mulheres, levando a acreditar que os homens são mais expostos as causas externas, bem como a negligencia quanto aos exames preventivos nos casos clínicos.

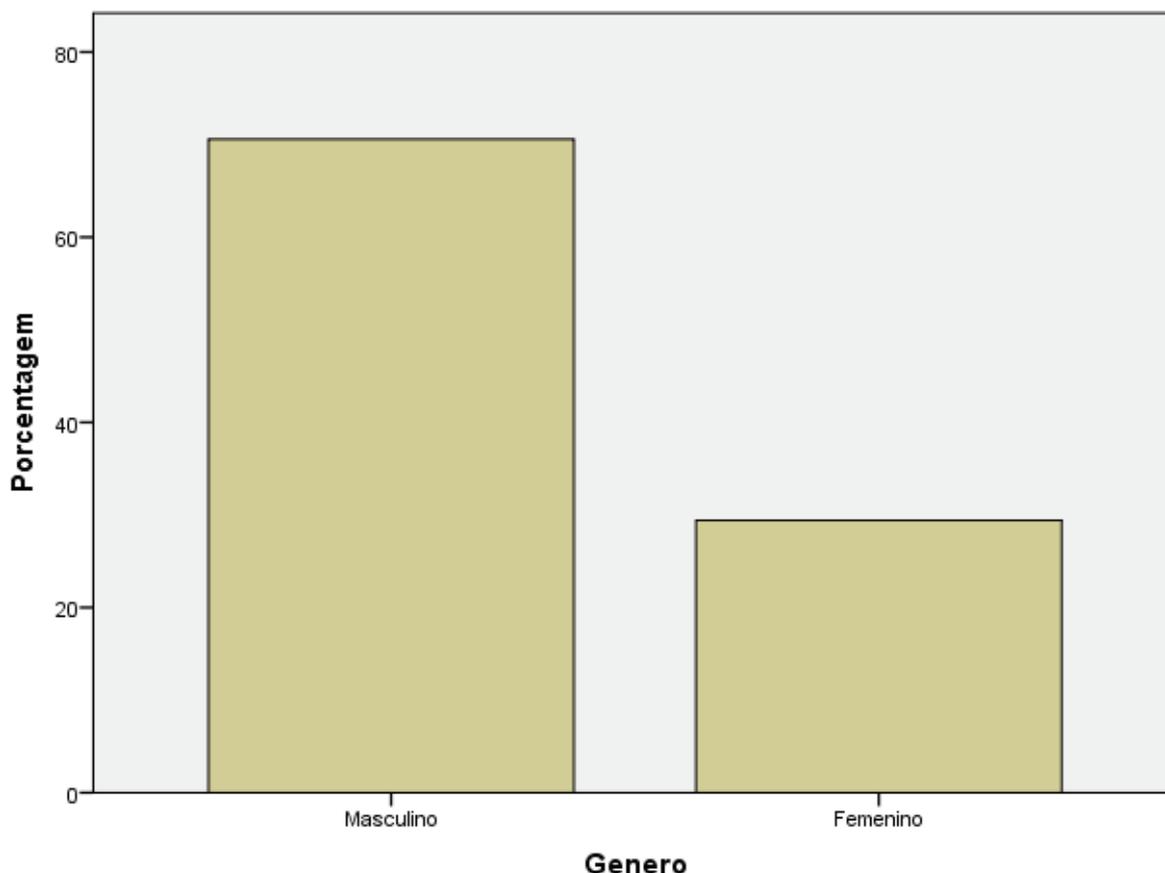
Quadro 1 - Gênero

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida
Masculino	60	70,6	70,6
Válido Feminino	25	29,4	29,4
Total	85	100,0	100,0

Fonte: o autor, 2016

Pode-se observar de uma forma mais clara os mesmos resultados no gráfico 1.

Gráfico 1 - Gênero



Fonte: o autor, 2016

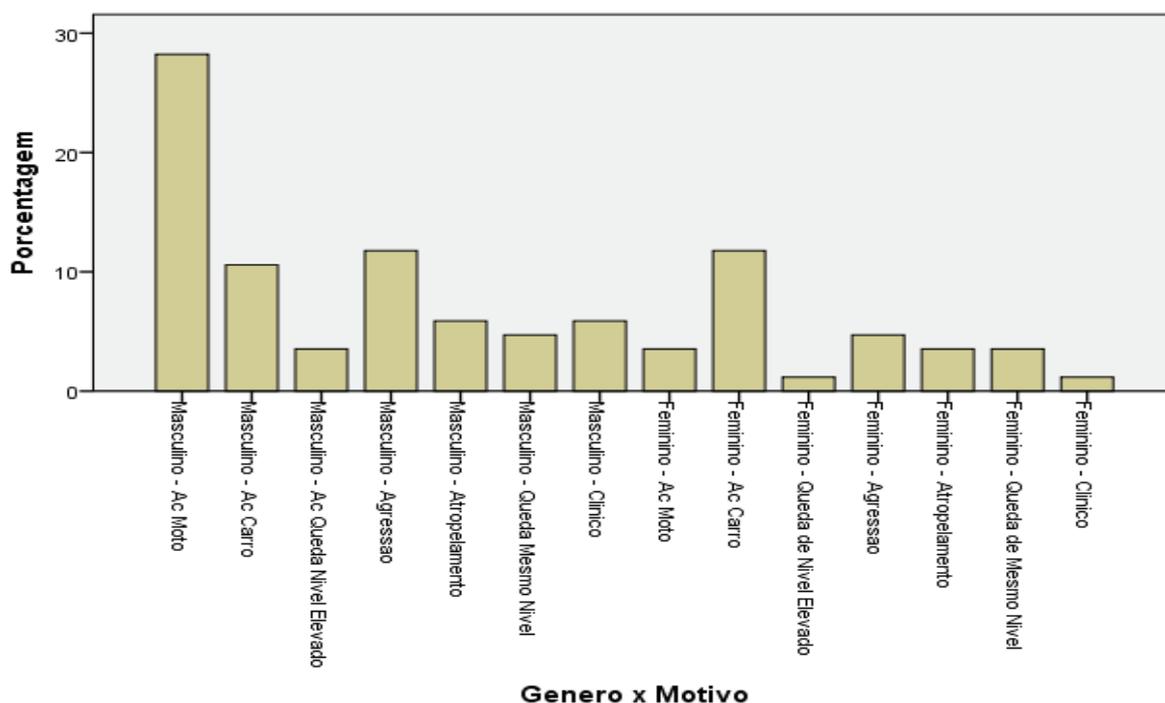
O senso comum considera o masculino como o 'sexo forte' e meninos e meninas são criados de modo diverso. Os meninos são orientados para serem protetores e provedores e treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais (OMS, 2000). A violência masculina é estimulada pela educação, em que o menino deve revidar, se apanhar. Veicula-se, deste modo, uma imagem masculina: ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso. Manter tal ideal é um grande fator de risco para os homens e isto pode ser visto na dificuldade, em parte, em procurar ajuda ou cuidados médicos, enfim, em ser assistido, já que foram criados para assistir e prover (BORIS, 2003).

Dos números de casos e tipos de acidentes os acidentes de moto, bem como de agressão são os dois que mais foram observados, aumento do uso de motocicletas ocasiona maior exposição do usuário da moto nas vias públicas e pode trazer, como consequência, maior probabilidade de acidentes.

Ainda que os homens estejam mais expostos aos riscos de acidentes de trânsito, bem como a violência, tanto pelo aspecto das suas atividades profissionais

ou pela exposição a violência, há que se considerar que a cautela, a atenção e a prudência das mulheres no trânsito podem ser apontadas como fatores importantes para o contraste nas estatísticas entre os acidentes envolvendo homens e mulheres gráfico 2.

Gráfico 2 - Gênero e Motivo

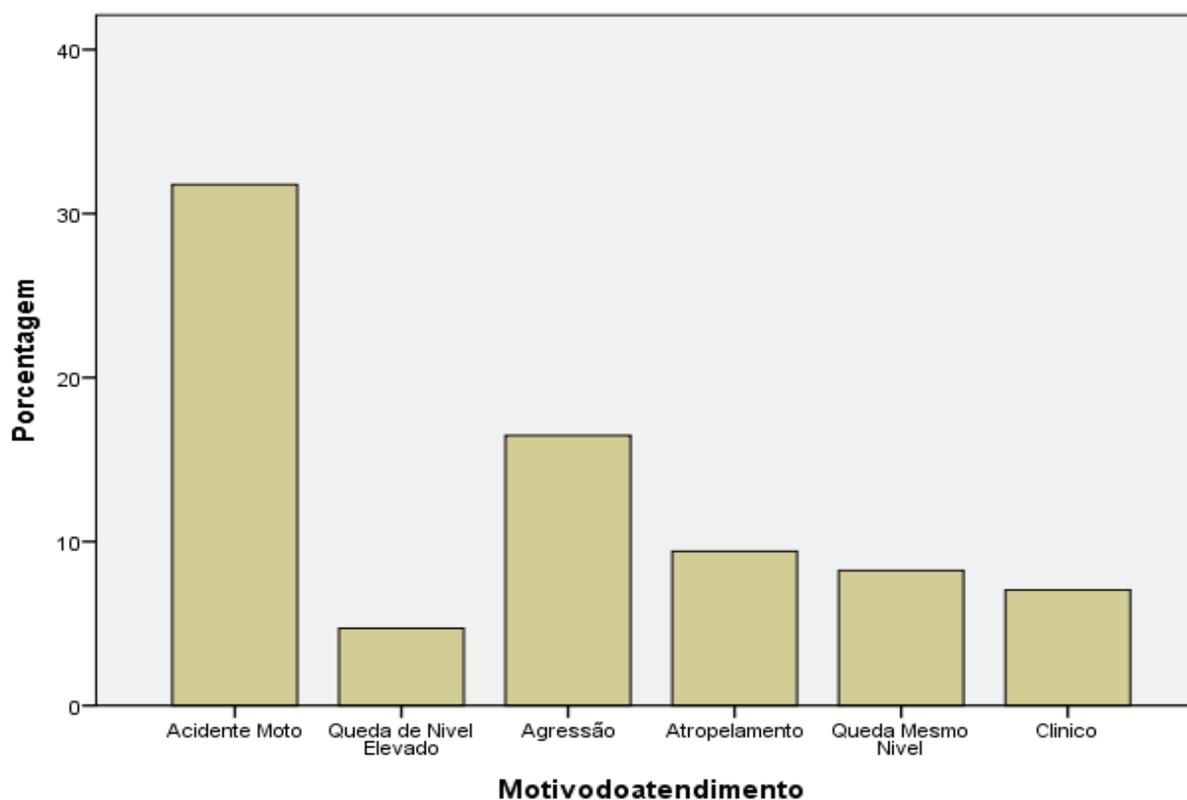


Fonte: o autor, 2016

Além disso, a proporção de feridos nos acidentes de moto é muito maior do que naqueles devidos aos demais veículos a motor e as outras causas da pesquisa como visto no gráfico 3.

Julga-se que tal proporção de feridos nos acidentes de motocicleta decorre da vulnerabilidade dos usuários desse veículo. Este poderia ser também um dos fatores causais da mortalidade mais elevada nessa modalidade de acidente de trânsito. Assim como nos atropelamentos, a gravidade dos ferimentos do motociclista ou do seu passageiro, quando envolvidos no acidente, parece ser muito maior do que nos demais acidentes de veículos a motor (LIMA; XIMENES, 2010).

Gráfico 3 – Motivo do Atendimento



Fonte: o autor, 2016

Nos resultados relacionados ao ambiente de atendimento, foi avaliado as variáveis: conforto, limpeza, tranquilidade, atendimento respeitoso da equipe, tempo de espera para o atendimento e informações dadas pela equipe da recepção, o questionário perguntava se o paciente estava: insatisfeito, satisfeito ou muito satisfeito.

Pode-se observar, na tabela 2, que o ambiente obteve uma margem muito boa de satisfação, chamando atenção para o quesito atendimento respeitoso que teve uma totalidade de muito satisfeito, e também no quesito tranquilidade onde tivemos um número maior de insatisfeito, devendo isso por conta de o ambiente de emergência ser muito movimentado durante 24 horas deixando todos expostos aos processos de trabalho do setor.

Quadro 2 – Conforto

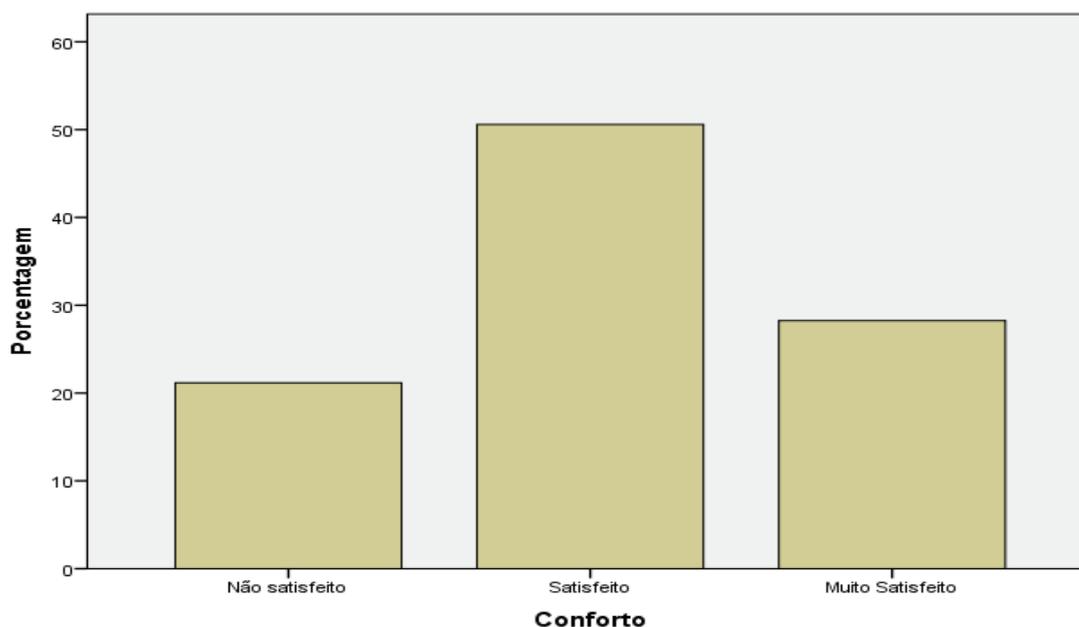
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa

Válido	Não satisfeito	18	21,2	21,2	21,2
	Satisfeito	43	50,6	50,6	71,8
	Muito satisfeito	24	28,2	28,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Fonte: o autor, 2016

No gráfico 4 fica melhor exposta esta condição, sem nenhuma dúvida que a grande maioria 71,8% considera o ambiente confortável, mesmo considerando que muitos estavam internados em macas de transporte.

Gráfico 4 – Conforto

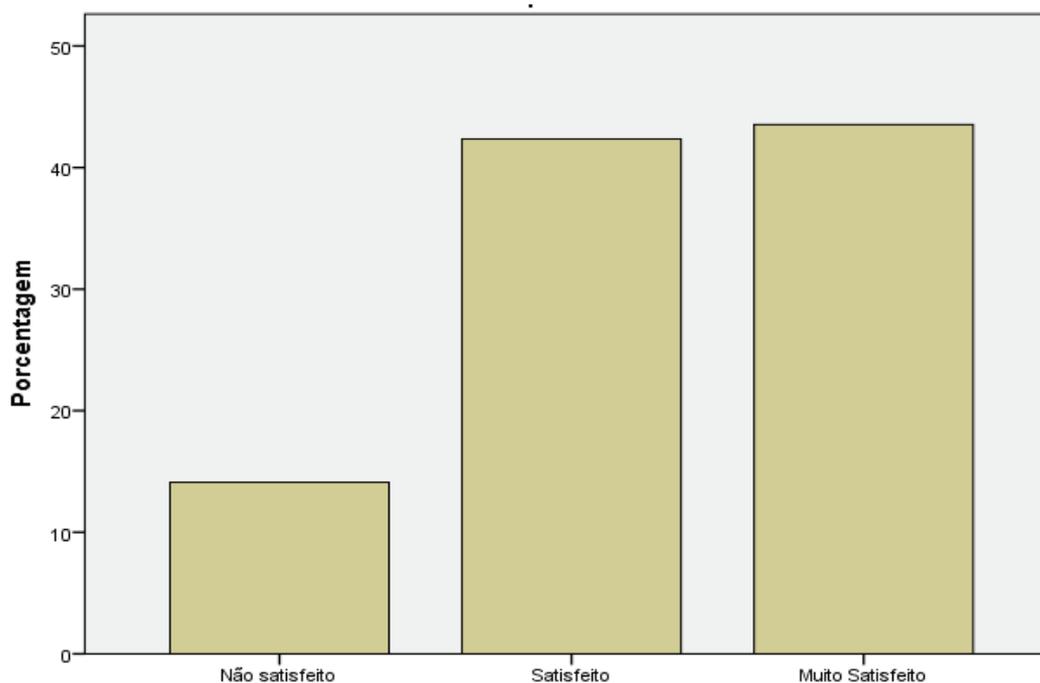


Fonte: o autor, 2016

A excelência no atendimento está ligada a uma interação entre elementos como aparência; instalações; recursos humanos; recursos de comunicação; disposição para servir; segurança; habilidade em propiciar um clima de confiança e certa intimidade com os clientes; customização, que ocorre quando a organização presta um atendimento tal que identifica os clientes como pessoas, com uma dose extra de carinho e sinceridade que os funcionários dispensam aos clientes dos serviços de saúde (BEE, 2000).

Outro ponto importante dentro do ambiente hospitalar, e principalmente no serviço de emergência é a limpeza, crucial na abordagem do ambiente, onde tivemos mais de 40% de muito satisfeito, levando a entender que existe uma preocupação dos gestores com este quesito, além de colaboradores motivados para desenvolver seu trabalho num ambiente mais agradável, limpo e sem o mito do “PS sujo”.

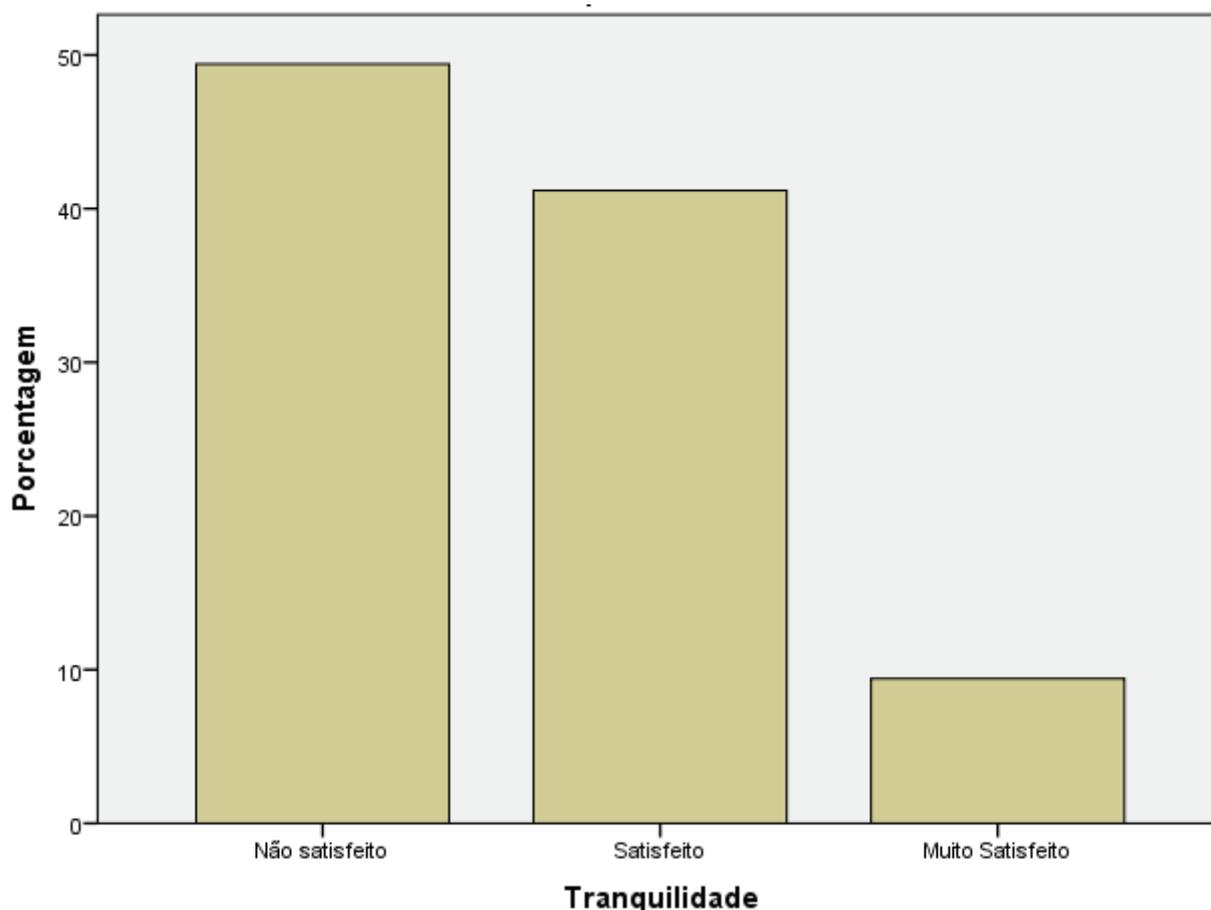
Gráfico 5 – Limpeza



Fonte: o autor, 2016

No contraponto da pesquisa, um ambiente, confortável, limpo deveria ser um ambiente tranquilo, contudo o serviço de emergência tem uma dinâmica própria, não existe um padrão onde as luzes se apagam e os ruídos diminuem, é um serviço que funciona por 24 horas ininterruptas, onde os colaboradores estão sempre discutindo alguma coisa, intervenções estão sendo realizadas, e pacientes dão entrada a todo o momento, como pode-se observar no gráfico 6 uma insatisfação de quase 50%.

Gráfico 6 – Tranquilidade

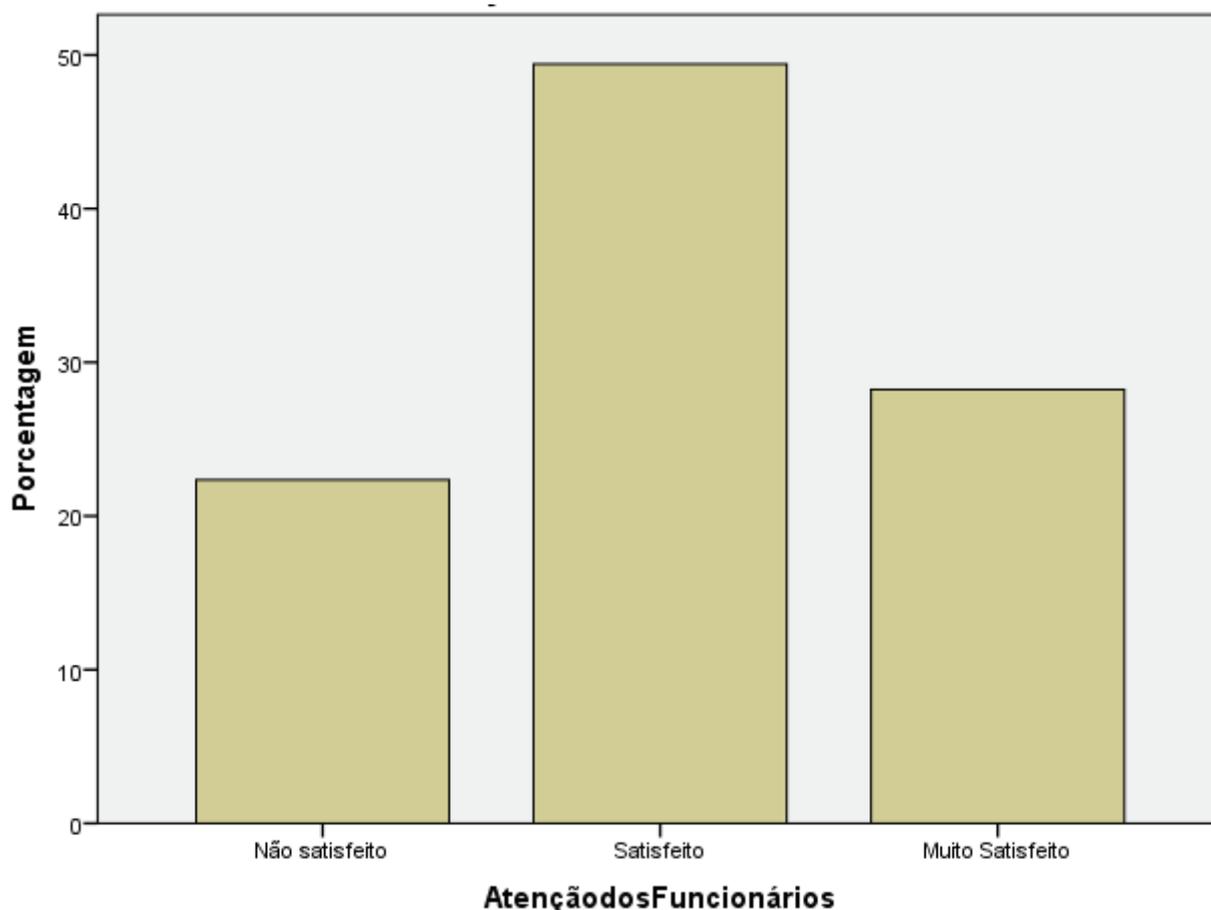


Fonte: o autor, 2016

Neste estudo, a infraestrutura *versus* atendimento humanizado foi um ponto importante no referente ao cuidado humanizado. Muitos pacientes expressaram sua insatisfação em relação a essa questão, como observado no gráfico 6, o ambiente, não é nada acolhedor, as luzes quase nunca se apagam e os ruídos, barulhos são uma constante, contrariando o preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo o qual o espaço físico deve fazer parte do acolhimento hospitalar onde a essência deve ser o conforto e a tranquilidade.

Outro ponto é como os funcionários e médicos se relacionam com os pacientes dentro deste ambiente, pode-se notar que no quesito atenção dos funcionários uma análise positiva como demonstra o gráfico 7.

Gráfico 7 – Atenção dos Funcionários



Fonte: o autor, 2016

A assistência à saúde de boa qualidade se caracteriza por apresentar atributos tais como: alto grau de competência profissional; eficiência na utilização dos recursos; risco mínimo para os pacientes e um efeito favorável na saúde.

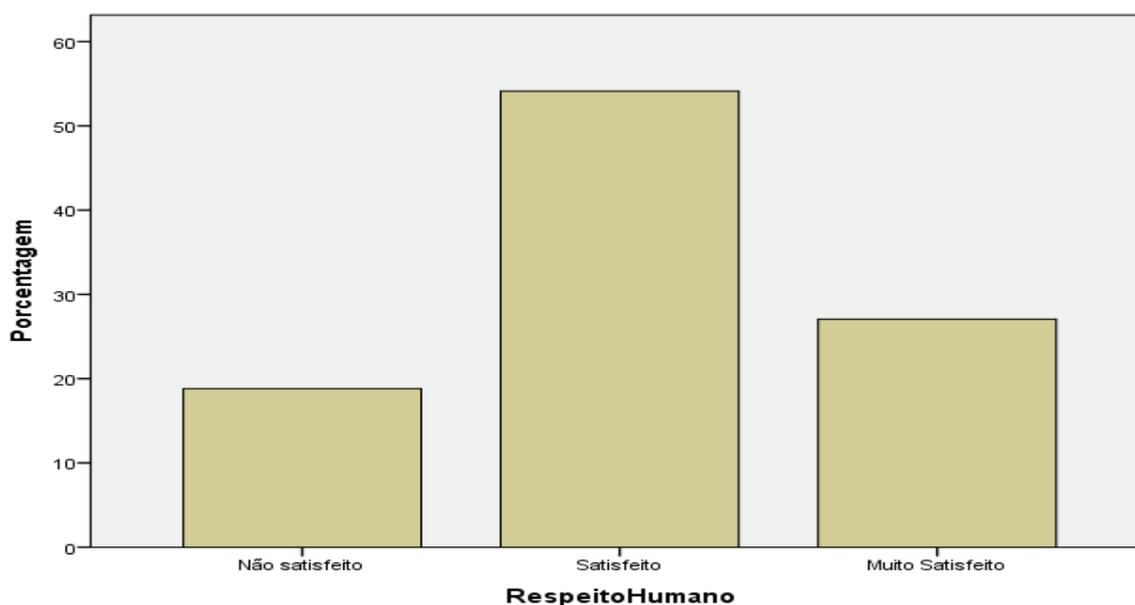
Autores definem satisfação como uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores. Apontam dois aspectos que devem ser considerados quando da avaliação da satisfação. O primeiro diz respeito à satisfação com o sistema de saúde em geral, o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); no segundo aspecto, mede-se a satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão da mesma (KOTAKA, PACHECO e HIGAKI Y, 1997; ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

O paciente deve ser visto como o personagem mais importante do hospital e é em torno dele que se deve desenvolver todos os processos de trabalho, durante o tempo de atendimento, certa continuidade do tipo de vida que o paciente está

acostumado. Ainda é de extrema importância que ele sinta que o objetivo do hospital é atendê-lo bem, como mostra a pesquisa

Na pesquisa relacionada a consulta médica, foi pesquisado o grau de satisfação dos pacientes nas seguintes variáveis: tempo dedicado ao atendimento, foi chamado pelo nome, o atendimento foi exclusivo, foi ouvido pelas suas queixas, recebeu informações sobre as hipóteses diagnosticas, foi perguntado sobre os seus valores pessoais, foi lhe dado oportunidade de escolher a terapêutica, foi lhe dado explicações sobre as medicações prescritas, pode-se observar que no gráfico (gráfico 2) que grande parte da avaliação ficou como insatisfeito, mostrando que existe uma divergência quanto ao atendimento, pois quando perguntado qual a nota geral, de uma a dez a média foi 9, mesmo com as variáveis sendo negativas os pacientes demonstram confiança no atendimento e mostram que independente dos seus valores o importante é se sentir acolhido, e que por mais ruins que esteja ainda é o melhor que eles podem ter.

Gráfico 8 – Respeito Humano



Fonte: o autor, 2016

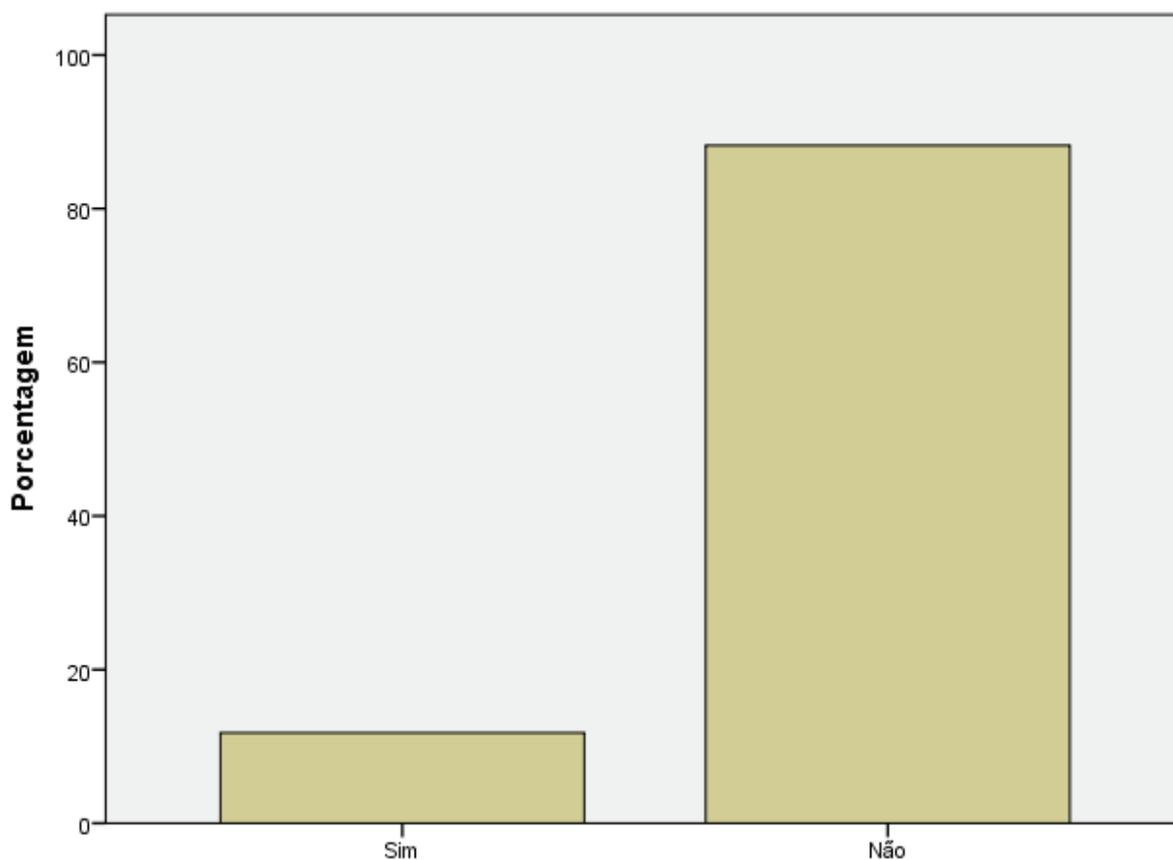
É importante observar que nas variáveis foi lhe dado oportunidade de escolher a terapêutica e se alguém lhe perguntou sobre os seus valores tivemos uma totalidade de resposta negativa (insatisfeito), como demonstrado no gráfico 9.

Em nenhum momento foi dado aos pacientes a capacidade de decidir diante de possibilidades variadas, decorrentes de alguma ação que será realizada. No processo de escolha das condutas, avalia-se os meios em relação aos fins, pesa-se o que será necessário para realizá-las, quais ações a fazer, e que consequências esperadas.

Assim, para poder deliberar, realizar constantemente as escolhas, é condição básica a liberdade. Para isso, não se pode estar alienado, ou seja, destituído de valores morais de cada um.

Também é importante observar do ponto de vista profissional, pois os membros da equipe de saúde se deparam com o dever de atender usando todos os seus conhecimentos que lhe deram a responsabilidade de atender os pacientes sem prestar atenção na sua história de vida. O fato de se deter um conhecimento técnico e uma prática especializada não é o bastante para se ter uma atuação profissional adequada, porque o conhecimento não é um fim em si mesmo, por mais especializado que seja, mesmo quando destinado a atender a um determinado interesse social (PARSONS 1994), que neste caso é a saúde da pessoa. Atender um paciente na emergência vai além da técnica e da prática especializadas, neste caso impõe-se uma responsabilidade que é salvar vidas, que é a atuação profissional que se espera da sociedade.

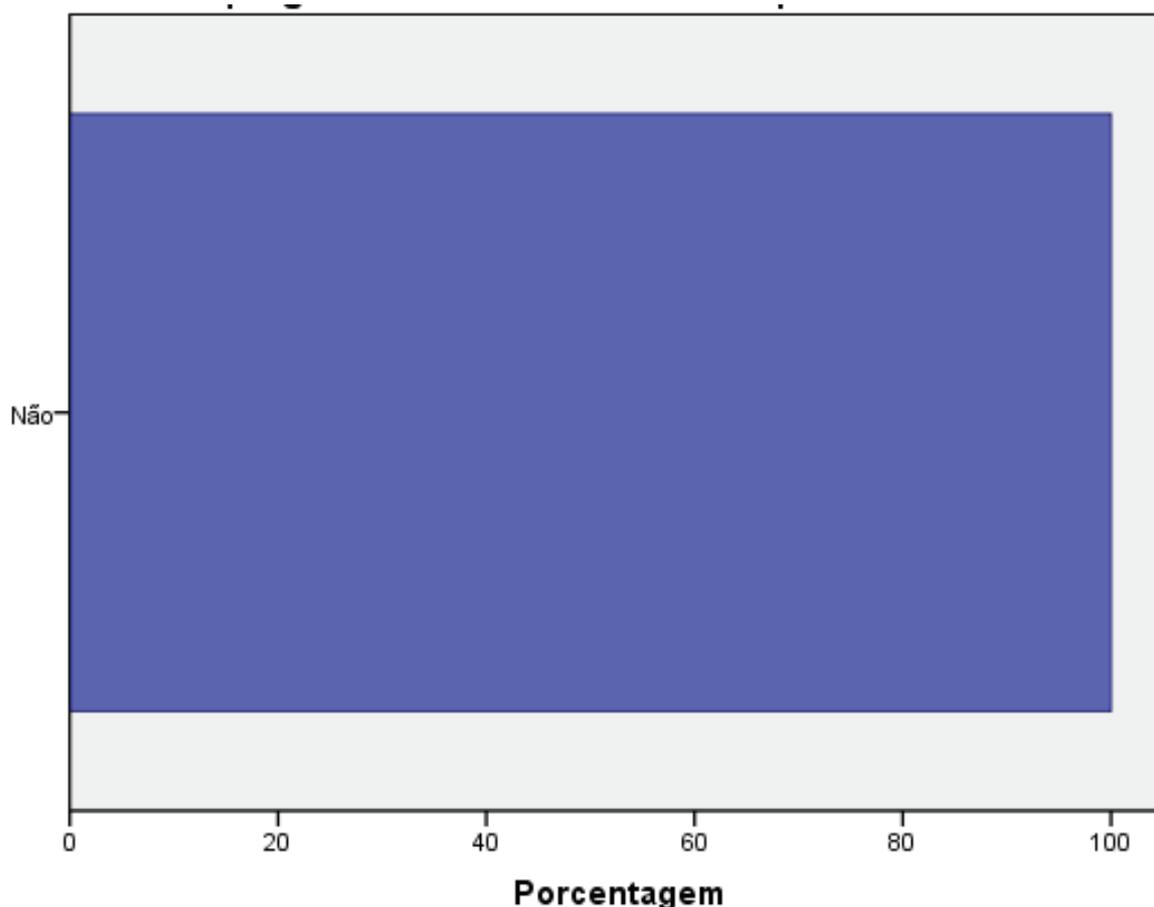
Gráfico 9 – Foi lhe dado oportunidade de escolher a terapêutica?



Fonte: o autor, 2016

Da mesma maneira que a terapêutica não foi levada em consideração pelos profissionais, que trabalham em condições de atendimento dentro de protocolos, os valores pessoais não foram perguntados por nenhum paciente, os valores pessoais foram negligenciados em 100% como demonstrado no gráfico 10.

Gráfico 10 – Valores Pessoais



Fonte: o autor, 2016

Com 100% dos pacientes pesquisados não foram perguntados sobre seus valores pessoais e é importante refletir sobre os valores pessoais pois, os valores podem ser entendidos como padrões sociais ou princípios aceitos e mantidos por pessoas, e pela sociedade.

Assim, cada um adquire uma percepção individual do que lhe é de valor, possuem pesos diferenciados, de modo que, quando comparados, se tornam mais ou menos valiosos. Os conceitos de valores tornam-se subjetivos, uma vez que dependerão do modo de vida de cada pessoa, de suas convicções filosóficas, experiências vividas ou até, de crenças religiosas. Do que foi dito, as pessoas, a sociedade, as classes, cada qual têm seus valores, que devem ser considerados em qualquer situação (BELLUZZO; RCB, 1999)

Os valores humanos são imprescindíveis para a vida, pois não se vive sem valorizar ou estimar as coisas. Valorar é uma condição da essência humana. Por isso, as decisões profissionais devem levar em conta os valores humanos, já que estes sempre interferem naqueles. Assim sempre estará errada a decisão baseada apenas

em fatos, porque não será uma decisão humana. Uma decisão humana só será correta, repetimos, se levar em consideração a conjunção de fatos e valores humanos (PINHEIRO; MATTOS, 2003)

As realidades humanas possuem valores próprios, que se referem, por exemplo, a bem-estar ou a mal-estar, à saúde ou a doença, à vida ou à morte. São os chamados valores vitais ou inerentes ao ser vivo (GIANBERARDINO FILHO, 2003)

Para a tomada de decisão ética, além da existência de alternativas de ação, deve ser possibilitada ao sujeito a escolha entre as opções possíveis (liberdade de optar) e a liberdade de agir conforme a decisão e a alternativa por ele escolhidas. Quando se tem apenas uma alternativa de escolha, ou somente se pode agir segundo uma determinada alternativa, o ato não pode ser julgado eticamente. Como assinala Chauí (1995), a deliberação ética se dá no campo do possível. Se, por vezes, não podemos escolher o que nos acontece, assim mesmo podemos escolher o que fazer diante da situação que nos foi apresentada. Por isso, a autodeterminação da pessoa humana está relacionada à responsabilidade que tem consigo mesma e com os outros membros da sociedade (FURTADO; ARAÚJO JUNIOR; CAVALCANTI, 2004)

Quanto a autonomia do paciente, bem como dos profissionais atuantes na emergência, pode-se pensar na relação médico-paciente, o respeito do primeiro à autonomia do segundo representa o respeito à dignidade humana em toda a sua essência. O princípio da autonomia se reveste de importância fundamental por se tratar, também, de aspecto moral essencial que norteia o paciente nas suas relações com a equipe de saúde (MUNOZ; FORTES, 1998)

Em paralelo, não se deve deixar de enfatizar que a autonomia do indivíduo traz consigo, de forma implícita, na relação médico-paciente, um fator extremamente importante: a integridade. Tal fator significa que os aspectos psicológicos, biológicos e espirituais das pessoas dessa relação são fundamentais para uma boa relação da saúde e da ética.

De acordo com a visão dos usuários dos serviços do serviço de emergência, que um dos principais fatores responsáveis pela redução da qualidade dos serviços prestados é a demora no atendimento prestado pelos profissionais, e que o tempo dedicado ao atendimento é insipiente para descrever os problemas, não há uma relação entre os valores pessoais morais dos pacientes e dos problemas clínicos ou trauma relacionados com o tipo de atendimento prestado, isso se deve à carência

de profissionais, sobrecarga de trabalho, estrutura física inadequada, precariedade ou ausência de equipamentos e de materiais para o necessário atendimento.

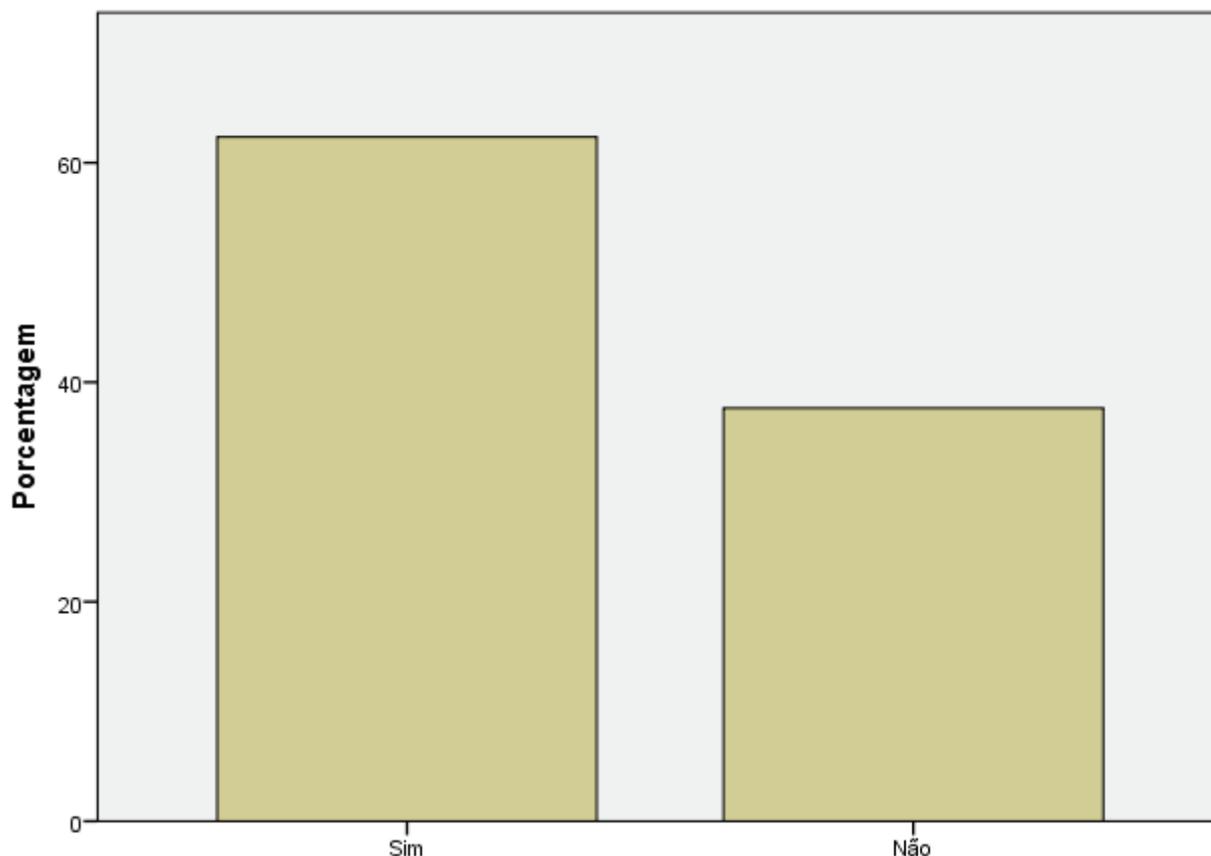
Na maioria das vezes, as equipes dos serviços de atendimento de urgência e emergência dos hospitais precisam fazer triagem dos pacientes a serem atendidos, mormente aqueles com maior gravidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006). No entanto, nem sempre é possível contar com a aceitação de quem está esperando há mais tempo. Da mesma forma, também a maioria dos usuários não entende que há poucos profissionais com capacidade de atender a todas as especialidades médicas (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011).

A avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes, pois a partir da interação entre o cliente e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos (BALSANELLI; JERICÓ, 2005; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009)

Na pesquisa sobre orientações pós atendimento, foi analisado as variáveis: recebeu explicações sobre os exames, recebeu informações sobre o acompanhamento ambulatorial, recebeu informações sobre onde procurar ajuda caso tenha algum problema, recebeu informações sobre como se prevenir para evitar novos acidentes.

No momento em que o paciente é informado sobre a necessidade de se submeter a um procedimento cirúrgico, após ter entrado no PS, inicia-se uma jornada na qual ele e seus familiares têm de se adaptar à nova rotina de vida. Para o enfrentamento desse desafio, é fundamental que o paciente e sua família tenham informações claras e precisas de como será o período que vai passar dentro do hospital e como será os procedimentos adotados em cada caso, bem como sua recuperação após a alta.

Gráfico 11 – Recebeu Informações sobre Hipótese Diagnostica?



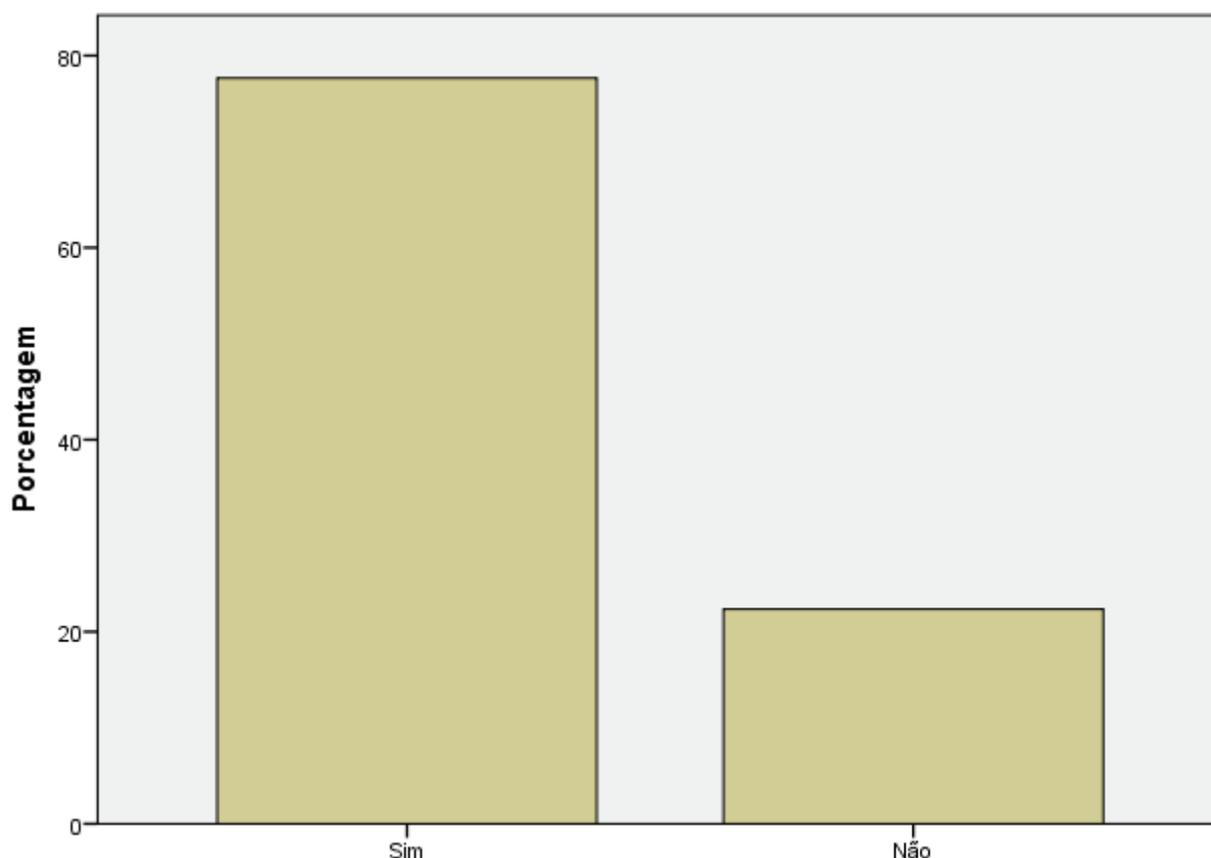
Fonte: o autor, 2016

Todos os pacientes receberam os exames solicitados, mas não receberam informações sobre como seria o exame, e nem se havia algum tipo de risco.

Observe-se que as orientações fornecidas aos pacientes no hospital em que foi realizado este estudo não foram bem assimiladas e/ou compreendidas por eles para a realização do autocuidado no domicílio ou para evitar novos episódios. As orientações eram passadas no momento da alta hospitalar, bem como as orientações para acompanhamento ambulatorial.

Ressalte-se a necessidade de orientações e avaliações educativas pela equipe de emergência em todos os períodos do atendimento, levando à compreensão do processo de recuperação e à execução do autocuidado na pós-alta hospitalar.

No momento da alta o paciente necessita receber atenção e cuidados particularizados, entretanto, nos resultados, verificou-se que os pacientes não estavam à vontade para esclarecer dúvidas e expressar o que estava sentindo, e ainda, relataram encontrar dificuldades a respeito dos cuidados que deveriam tomar, pois os profissionais não descreviam com clareza as informações precisas, criando uma barreira no que tange a comunicação eficaz.

Gráfico 12 – Recebeu Informações Sobre o Acompanhamento Ambulatorial?

Fonte: o autor, 2016

Outro aspecto importante, é que os profissionais devem deter-se a questões de interesse do paciente, além disso, necessitam transmiti-las de forma clara e objetiva, em vocabulário simples, e não ritualizada e/ou repetitiva, destacando que as pessoas são diferentes e precisam, portanto, de uma orientação individualizada e única (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001).

É entendido que a forma de atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação mais efetiva, é determinante da satisfação e da qualidade do atendimento. A questão do bom atendimento expressa pelos pacientes, apesar de ser subjetiva, e pessoal, na maioria das vezes não se refere aos procedimentos, às tecnologias e aos medicamentos adotados para a sua recuperação, mas, sim, aos aspectos humanos da assistência.

São muitas as análises, é uma pesquisa abrangente com um enorme potencial para um cruzamento destes resultados, importante lembrar que o momento gerencial

pode influenciar em todos estes resultados, levando a considerar que no sentido humanizado da assistência ela atinge quase que a totalidade dos processos de trabalho propostos pela PNH.

CONSIDERAÇÕES

Como verificado neste estudo, a visão dos pacientes em relação à assistência prestada às pessoas atendidas no serviço de urgência e emergência hospitalar revela o seguinte: falta de comunicação, entendida como fator de cuidado humanizado; carência de infraestrutura versus atendimento humanizado; alta demanda; compromisso profissional é fundamental e personalização do atendimento podem comprometer o processo a assistência ao paciente. Ainda como identificado de acordo com os acompanhantes, estes fatores são de fundamental importância para o processo de atendimento de urgência e emergência.

Fazendo um contraponto, temos um atendimento muito bem avaliado, no quesito atendimento inicial, onde os profissionais, segundo os pacientes, foram ágeis, respeitosos e não houve demora no atendimento, porém, quando encaminhado para a avaliação secundária, houve demora e desinteresse no atendimento.

Com base nos achados, esta pesquisa propiciou o entendimento segundo o qual os valores pessoais, na visão dos pacientes, são possíveis e podem ser levados em conta, por meio de ações conjuntas: um simples olhar atento, boa vontade dos profissionais, ambiente higienizador, material suficiente e equipamentos adequados e funcionários, cordialidade, conforto, profissionais capacitados nas ações desempenhadas. Conforme verificado, a aplicação correta de recursos é fator condicionante para o cuidado humanizado e com respeito aos valores morais dos pacientes e profissionais. Entretanto, a expressão de sentimentos negativos se contrapõe a avaliação relacionadas de forma mais clara pelas problemáticas da comunicação, infraestrutura, compromisso profissional.

Diante do observado, estudos desta natureza devem ser desenvolvidos, pois podem subsidiar programas de política de humanização e, conseqüentemente, gerar melhores resultados tanto junto aos clientes externos usuários (pacientes e familiares), como também aos membros da equipe.

Embora exista o estresse característico da unidade de emergência, faz-se necessária a elaboração de estratégias de aplicabilidade na dinâmica do serviço no

intuito de amenizar fatores possíveis de interferir na qualidade do atendimento. Portanto, valorização dos valores morais e pessoais leva a uma melhor compreensão das características de humanização no ambiente de atendimentos de urgência e emergência precisa ser trabalhada com vistas a intervenções voltadas ao bem-estar do paciente/família, dos profissionais, da comunidade em geral e da instituição.

A procura por atendimento nos serviços de urgência hospitalar tem inúmeras causas que podem estar associadas ao aumento da violência, das questões socioeconômicas, assim como pela falta de resolutividade de ações e serviços. Os profissionais são surpreendidos por uma demanda que ultrapassa o que os serviços estão organizados para reconhecer e intervir.

Constatou-se que os profissionais efetuam procedimentos técnicos de organização do trabalho e priorizam o atendimento aos usuários com problemas graves e agudos que procuram a unidade e, demonstram uma ação pragmática que não valoriza os conceitos morais e valores pessoais dos pacientes.

A crise dos serviços de urgência pode estar relacionada aos desequilíbrios do sistema de saúde, sendo que os serviços de urgência e emergência se transformam em porta de entrada para os mais variados problemas de saúde e, portanto, sua avaliação permite o acompanhamento da evolução e adequação das políticas implementadas em relação às necessidades da população. Nesse sentido, um atributo de qualidade importante do sistema de saúde na atenção às urgências é a acessibilidade, aliado ao tempo de espera para o atendimento e ao reconhecimento imediato da gravidade dos casos pelos profissionais. Resultados desta investigação assinalam de forma relevante a necessidade de qualificação da atenção às urgências.

O estudo oferece subsídios para reorganização dos processos de trabalho e reestruturação dos fluxos de pacientes para as demais unidades do hospital, visando maior resolutividade aos atendimentos e satisfação para os profissionais e os pacientes, principalmente quando estes estão em observação e internados na própria unidade.

Uma das estratégias possíveis para qualificar o atendimento é a estruturação do acolhimento com avaliação de risco, estabelecendo um equilíbrio entre a demanda de pacientes e os recursos disponíveis para atender suas necessidades, por meio da classificação dos casos. Aponta-se a necessidade da organização do trabalho na UE com base nos pressupostos da Política Nacional da Atenção às Urgências, e a Política Nacional de Humanização, ambos, preconizam o acesso e acolhimento aos serviços

de saúde de acordo com sua complexidade tecnológica, procedendo a reordenação, quando necessário, a serviços ambulatoriais básicos ou especializados existentes na rede de atenção à saúde.

Para tanto, é necessário conhecer a estrutura dos serviços e estabelecer a rede de atenção às urgências, com grades de referência e contra referência efetivamente pactuadas, com definição de corresponsabilidades, de modo a corrigir as distorções ainda existentes nas portas de entrada do sistema e sendo assim promover um atendimento onde as decisões sejam tomadas em comunhão com os pacientes ou familiares e que as condutas sejam tomadas dentro de uma proposta de valores pessoais, vista como um princípio ético de atendimento e respeito.

Mesmo que mude os gestores, não se pode perder o que se conquistou, se este trabalho mostrou um serviço, bem estruturado com uma margem de satisfação alta isso deve ser mantido e melhorado, aquilo que ainda falta pode ser trabalhado para um melhor resultado.

Um pronto-socorro é um lugar fantástico, é prestar uma assistência apaixonante, salvar vidas e mantê-las da melhor forma dentro deste serviço, com vários problemas de ordem política e administrativa, é um grande desafio para profissionais realmente comprometidos e apaixonados por este ambiente.

REFERÊNCIAS

_____. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 1994. **Pareceres: janeiro 1985 a junho 1994**. V. 1. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Documentação do Ministério da Saúde; 2008. Documentação do Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002: **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Saúde & Tecnologia; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília- Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2008.

_____. **Pensar a bioética: metas e desafios**. São Paulo: Loyola; 2010.

BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M. R. **Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença**. RevGaúcha Enferm.: Porto Alegre, v. 22, n. 1, pp. 122- 139, 2001.

BALSANELLI, P. A.; JERICÓ, M. C. **Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 397-402, 2005. Disponível em: Acesso em: 5 abr. 2005.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.

BEE, F. **Fidelizar o Cliente**. 4 ed. São Paulo: Nobel, 2000.

BELLATO, R. **O mito do instituído e a banalidade do vivido no cotidiano de um hospital universitário**. 1996. 144 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

BELLUCCI JR JA, MATSUDA, LM. **Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador**. In: Anais do 9º Congresso da Rede Unida. Saúde é Construção da Vida no Cotidiano: Educação, trabalho e cidadania; 2010 jul 17-21; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Interface; 2011. p. 974-1.

BELLUZZO, R.C. B. **Qualidade no atendimento ao cliente rumo ao século 21**. Presidente Prudente, 1999.

BITTENCOURT, J. R. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul. 2009, v. 7, n. 25, p.1439-1454.

BOOKS, 1991. cap. 2, p. 12- 37: **Alguns elementos da cultura. Brasil**, 1995. cap. 9, p. 179-199:

BORIS GDJB 2003. **Os rituais da construção da subjetividade masculina: ser macho ou ser homem? Uma historia de dor, violência, paixão e regozijo.** Disponível em http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/Geoges%20Daniel%20Janja%20Bloc%20Boris_UNIFOR.doc. Acesso em 23/11/2015.

BRASIL CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução Cofen nº 311/2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7168§ionID=51>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2013.

CESAR, **Constança Marcondes.** **A noção de cuidado em Paul Ricoeur.** In: PEIXOTO, Adão José; 2003.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia** - 5ªed. São Paulo - Ática, 1995

CHILDRESS JF. **Princípios de ética biomédica.** São Paulo: Loyola; 2002. p.143, 284-6.

COHEN, C.; SEGRE, M. **Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética.** In: **Segre M, Cohen C, organizadores.** Bioética. 2a ed. ampl. São Paulo: EDUSP; 1999. p. 13 22.

COLLET, N; OLIVEIRA, B. G; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v.14m n.2, p.277-84, março-abril, 2006.

COLLIÉRE, M. F. **Cuidar...a primeira arte da vida.** Lusociências, 2003, p.1.

CORTINA, A. **Ética aplicada y democracia radical.** 3 ed. Madrid: Tecnos, 2001.

DESLANDES, S. F. A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 15-29, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr., 2015.

DINIZ, D; GUILHEM, D. **O que é bioética.** São Paulo: Brasiliense, 2008.

EDI, P. **Fundamentos: consciência, liberdade, valores.** 1999:97-118.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio.** 8º ed. São Paulo: Editora Positivo, 2011.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: formação, tipologia e impactos**. São Paulo, Makron, 2000.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JUNIOR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. **O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 7, n. 3, 2004, p. 279-289.

GARRAFA, V. **Inclusão social no contexto político da Bioética**. Rev Bras Bioética, 2005 a, v.1, n.2, p. 122-132.

GARRAFA, V., CORDON, J. (org.). **Pesquisas em Bioética no Brasil de hoje**. São Paulo: Gaia/Unesco, 2006, p. 12-13.

GARRAFA, V., KOTTOW, M., SAAD, A. (Org.). 2006. **Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino- americano**. São Paulo: Gaia/Unesco, p. 19-20.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MELLO, J. **Mortalidade violenta no Município de São Paulo: um retrato dos últimos 40 anos**. Rev Bras Epidemiol 2000. n. 3, p.1-3.

GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo, EPU, 1983. cap.2, p.09-15

GIANBERARDINO FILHO, D. Bioética em emergências pediátricas. In: URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 384-9.

GOLDIM JR. **Princípio da beneficência** [internet]. Porto Alegre: Núcleo Interinstitucional de Bioética, UFRGS; 1997 acesso 5 mar. 2015. Disponível: <http://www.ufrgs.br/bioetica/benefic.htm>.

GOMES, A. L. **Emergência: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1994.

GRACIA, D. **Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics**. Med Health Care Philos. 2001. v.4, n.3, p.223-32.

HOLANDA, **Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá, 2011.

HOWARD, J.; STRAUSS, A. **Humanizing health care**. New York: John Wiley & Sons, 1975.

JONAS, H. **O princípio responsabilidade: Ensaio de uma ética para a civilização**. Rio de Janeiro: Contraponto: PUCRio, 2006.

KIPPER, D. J; CLOTET, J. **Princípios da Beneficência e Não-maleficência**. In: **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998. p. 37-51

KLUCKHOHN, C. et al. *Values and Values - Orientations in the theory of action*. In: **General Psychological Issues in Cultural Perspective**, 2001. v. 4, n. 3, p. 223-32.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R; COSTA, E. **Ética e bioética: para dar início à reflexão. Texto contexto – enferm**. 2005, v. 14, n.1, p. 106-10.

KOTAKA, F.; PACHECO, M.L.R.; HIGAKI, Y. **Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil.** Rev. Saúde Pública, v.31, n.2, p.171-177, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200011&lng=en. Acesso em 13 de janeiro de 2016.

LIMA, M. L.; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife. **Caderno de Saúde Pública.** v.14, n. 4, p. 829 – 840. 2010.

MARCOLINO, J; COHEN, C. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2008, v. 54,n. 4, p. 363-68.

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis.** 2000; 9(1): 83-112.

MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. do: Análise dos dados de mortalidade. **Rev Saúde Pública,** 1997, v. 31(supl. 4), p.5-25.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília (DF): MS; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): MS; 2004.

MONTANHOLI, L. L; OLIVEIRA, G. R. TAVARES, D. M. S. Estresse: Fatores de risco no trabalho do Enfermeiro Hospitalar. **Revista Brasileira Enfermagem,** v. 59, n.5, p.661-665, set-out; 2010.

MUNOZ, D. R.; FORTES, P.A.C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998. p. 53-70.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2000a). **Gender and the use of medications: a systematic review.** Genebra, Organização Mundial da Saúde, WHO/GHW.

ORTIS, A. C. **El mundo de los valores: ética mínima e educación.** Bogotá: Editorial el Buho; 2007.

PANIZZON, C; LUZ, A. M. H; FENSTERSEIFER, L. M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre (RS), v.29, n.3, p.391-399, set; 2011.

PARSONS, T. **O sistema das sociedades modernas.** São Paulo: Pioneira, 1974.

PARSONS, T.; SHILS, E. et al. ***Toward a general theory of action***. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1951.

PASSOS, E. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização de gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. v.2.

PINHO, L. B. de; KANTORSKI, L. P. Condições de atendimento na unidade de emergência: um estudo qualitativo com famílias de pacientes. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 223-232, set./dez., 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7974/5623>>. Acesso em: fev. de 2015.

POSE, C. ***Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica***. Madrid: Editorial Triacastela; 2009.

POSE, C.; GRACIA, D. ***Introducción a la bioética: origen, fundamentación y método [material didáctico]***. Madrid: Universidad Complutense; 2006.

POTTER V.R. ***Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy***. East Lansing: Michigan State University Press; 1988. 203 p

REGO, A. Climas éticos e comportamento de cidadania organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v.42, 2002.

RIBEIRO, J.L.D. Diretrizes para elaboração do Referencial Teórico e Organização de Textos Científicos. In: **Anais do Seminário de Pesquisa II**, Porto Alegre – RS, PPGEF / UFRGS, abr. de 2007.

ROKEACH, M. ***The nature of human values***. New York, The Free Press, 1973.

ROTHER ET. Revisão sistemática X revisão narrativa [editorial]. **Acta Paul Enferm.** 2007, v. 20(2), mai.-jun.

SANTOS J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**. 2003, v. 36(2/4), p.498-515.

SCHEIN, E. H. ***Coming to a new awareness of organizational culture***. **Sloan Manage. Rev.** v. 25 , n. 2, p. 3-15, 1984.

SCHWARTZ, S. H. **Valores Pessoais uma Análise Sistemática**. Brasília, 2010.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, nov. 2008.

TEIXEIRA, M. (Org.). **Valores humanos e gestão: novas perspectivas**. São Paulo: Editora Senac, 2008. v.25 , n.2, p. 3-15, 1984.

UNESCO. 2005. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS**. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. 2005

WEBER, T. **Ética e Filosofia Política: Hegel e o Formalismo Kantiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999, p.97-118.

ZANCAN, L. F. F. **Dilemas morais nas políticas de saúde: o caso da AIDS. Uma aproximação a partir da bioética**. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 92 p.

ZANELLI, J.; SILVA, N. **Interação humana e gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008

ZOBOLI, E. L. P. **Deliberação: Leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica**. 2010. Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome _____

Idade _____ Sexo ()

Profissão _____ Escolaridade _____

Plano de saúde privado _____

Motivo que o levou para o serviço _____

1. Variáveis relativas ao ambiente de atendimento

	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
Conforto				
Limpeza				
Tranquilidade				
Atenção dos funcionários				
Respeito Humano				
Tempo de espera				
Informações dos funcionários da recepção				

2. Variáveis sobre a consulta médica

	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
Tempo dedicado ao atendimento				
Foi chamado pelo nome				
Foi exclusivo				
Foi ouvido pelas suas queixas				
Recebeu informações sobre as hipóteses diagnosticas				

Foi perguntado sobre os seus valores pessoais				
Foi lhe dado oportunidade de escolher a terapêutica				
Foi lhe dado explicações sobre as medicações prescritas				

3. Variáveis sobre as orientações pós consulta

	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não se aplica
Recebeu explicações sobre os exames				
Recebeu informações sobre o acompanhamento ambulatorial				
Recebeu informações sobre onde procurar ajuda caso tenha algum problema				
Recebeu informações sobre como se prevenir para evitar novos acedentes				

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do estudo **PROPOSTA PARA IDENTIFICAR CONFLITOS MORAIS PRESENTES NO ATENDIMENTO À PACIENTES DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DE CURITIBA** e que tem como objetivo: Estudar a importância dos valores pessoais dos usuários dos serviços de emergência, e de que maneira o processo dialógico pode oferecer subsídios para otimizar o atendimento médico nestes serviços. Acreditamos que ela seja importante para a implantação de processo deliberativo com pacientes e familiares constitui prática necessária para que o atendimento seja efetuado por meio de diálogo respeitoso entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares. O presente estudo pretende colaborar para a implementação dessa prática no atendimento aos pacientes em serviços de emergência.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A minha participação no referido estudo será de no sentido de responder a um questionário com perguntas abertas, realizado pela própria pesquisadora. Algumas perguntas serão gravadas em um gravador digital, e transcritas para o trabalho sem que o meu nome seja publicado.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como melhores condições nos atendimentos de emergência, equipes mais humanas e com mais atenção para os valores pessoais. Recebi, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como responder a algumas perguntas que podem ser desconfortáveis por estar dentro do serviço. Dos quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como manter a privacidade e não expor as respostas de maneira direta no momento da pesquisa.

SIGILO E PRIVACIDADE

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será

mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa. Após a defesa desta dissertação os arquivos de áudio serão apagados totalmente dos sistemas de gravação e dos computadores usados para análise do mesmo.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, bem como a meu acompanhante (se for o caso), haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: o ressarcimento será em dinheiro diretamente ao paciente ou acompanhante legal. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são orientadora José Eduardo Siqueira e o mestrando Ubaldino da Rosa Ferreira Filho e com eles poderei manter contato pelo telefone (41) 96419084.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

USO DE ÁUDIO.

Autorizo o uso de minha voz para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a pesquisa, o áudio será analisado e transcrito para o trabalho de uma forma a não identificar, a

gravação, que será feita por gravador digital (celular) e após a defesa do trabalho será apagada totalmente dos arquivos digitais.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador