

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

STÉFFANI JOLAIRE FERRO DOS SANTOS

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE EMERGÊNCIA: uma revisão integrativa**

**PORTO ALEGRE
2016**

STÉFFANI JOLAIRE FERRO DOS SANTOS

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE EMERGÊNCIA: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Maria Gerhardt

**PORTO ALEGRE
2016**

AGRADECIMENTOS

A todo efetivo docente e administrativo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me oportunizarem ambiente sadio de aprendizado e desenvolvimento de postura profissional ética, baseada em seus exemplos;

A professora Maria Luiza Gerhardt, pela carinhosa acolhida, suporte e incentivo;

A minha mãe fortaleza, que me ampara, conforta e guia por todos os dias quais existo;

A minha amada irmã, que é um presente de Deus na minha vida;

A meu marido Daniel, pela paciência e todo o zelo esboçado através de suas atitudes comigo, com a nossa casa e nossos cães;

Aos amigos da vida Gabriel, Jéssica e Fernanda, vocês não fazem ideia de sua preciosidade;

Aos amigos que a graduação me proporcionou encontrar: Max, Matheus, Priscilla, Thiago e Vanessa, vocês fazem toda a diferença na minha vida e formação, eu me orgulho de vocês!

E a Deus, por me permitir concluir esta etapa com eficiência e por ouvir minhas orações, preservando a saúde de todos aqui mencionados.

RESUMO

A superlotação dos serviços de emergência é problema evidente, no Brasil. Diante desta realidade, para efetivar atendimento de qualidade, a unidade de emergência deve articular as tecnologias, os materiais, a equipe assistencial e o usuário. A fim de consolidar os princípios básicos do SUS, a Política Nacional de Humanização, lançada em 2004, intenta produzir mudanças no modelo de cuidar, promovendo a comunicação entre usuários, gestores e trabalhadores, garantindo a valorização de suas subjetividades. Buscou-se com este estudo, caracterizar as estratégias de humanização na assistência à saúde utilizadas nos serviços de emergência após a implantação da PNH. Trata-se de uma Revisão Integrativa de literatura segundo Cooper (1982). Foram encontradas 148 publicações nas bases de dados LILACS (n=93), SciELO (n=23) e BDEF (n=32), excluídas as duplicatas e observados os critérios de inclusão e exclusão, foram analisados oito artigos nesta RI, compreendidos no período de julho de 2006 até julho 2016. Constatou-se a implantação das seguintes estratégias de humanização: acolhimento com avaliação e classificação de risco; ampliação e melhoria do acesso; criação de espaços de recepção e comunicação para usuários e trabalhadores; equipe assistencial multidisciplinar; capacitações e atualização frequente dos profissionais; diálogo entre o hospital e a comunidade; adequado encaminhamento a outros serviços de saúde e a valorização das dimensões subjetivas dos pacientes através da escuta qualificada. As estratégias utilizadas estão de acordo com o proposto pela PNH. Contudo notabilizou-se a importância de avaliar a percepção dos usuários acerca da humanização no atendimento, já que este é o objeto a quem se dirige o cuidado e que pode mobilizar estratégias de aprimoramento para a equipe assistencial.

Descritores: Enfermagem; Emergência; Humanização.

SUMMARY

The overcrowding of emergency services is an obvious problem in Brazil. Faced with this reality, in order to ensure quality care, the emergency unit must articulate the technologies, the materials, the care team and the user. In order to consolidate the basic principles of Unified Health System, the National Policy of Humanization, launched in 2004, aims to produce changes in the care model, promoting communication among users, managers and workers, guaranteeing the valuation of their subjectivities. The aim of this study was to characterize the strategies of humanization in health care used in the emergency services after the implementation of the National Policy of Humanization. This is an Integrative Review of literature according to Cooper (1982). A total of 148 publications were found in the databases LILACS (n = 93), SciELO (n = 23) and BDEF (n = 32), published from July 2006 to July 2016. Excluding duplicates and observing the inclusion and exclusion criteria, eight articles were analyzed. The following humanization strategies were implemented: reception with evaluation and risk classification; Expansion and improvement of access; Creation of reception and communication spaces for users and workers; multidisciplinary assistance team; training and frequent updating of professionals; dialogue between the hospital and the community; adequate referral to other health services and the valuation of the subjective dimensions of patients through qualified listening. The strategies used are in accordance with the proposed by the HNP. However, the importance of evaluating users' perception about humanization in care was noted, since this is the object to which care is directed and that can mobilize improvement strategies for the care team.

Keywords: Nursing; Emergency; Humanization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma dos estudos incluídos.....	16
Tabela 1- Distribuição das publicações sobre humanização na assistência de enfermagem em unidades de emergência por região do país.....	19
Tabela 2- Distribuição das publicações sobre humanização na assistência de enfermagem em unidades de emergência por período de publicação.....	20
Quadro 1- Objetivos e autores dos artigos sobre estratégias de humanização da assistência na unidade de emergência.....	21
Quadro 2- Estratégias de humanização na emergência.....	23
Quadro 3- Estratégias de humanização na emergência-semelhança entre autores.....	27
Figura 2- Hierarquização dos níveis de assistência em Saúde, no Brasil.....	3

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	13
3 METODOLOGIA	14
3.1 Tipo de estudo	14
3.2 Primeira etapa: formulação do problema.....	14
3.3 Segunda etapa: coleta dos dados	14
3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados.....	16
3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados.....	17
3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados	17
3.7 Aspectos éticos.....	17
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	19
4.1 Estratégias de Humanização em Emergência	26
4.1.1 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco	27
4.1.2 Ampliação, melhoria do acesso e criação de espaços de recepção e comunicação para usuários e trabalhadores nas Unidades de Emergência.....	28
4.1.3 Equipe assistencial multidisciplinar; capacitação e atualização dos profissionais e o diálogo entre o Hospital e a Comunidade.....	30
4.1.4 O adequado encaminhamento a outros serviços de saúde e a valorização das dimensões subjetivas dos pacientes através da escuta qualificada.....	32
4.1.5 Inobservância de Estratégias de Humanização na Unidade de Emergência.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	41
APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO.....	42

1 INTRODUÇÃO

Situação de emergência é aquela em que não pode ser adiado o atendimento, pois oferece risco iminente à vida do paciente, devendo ser atendida em minutos. As urgências, são aquelas situações em que o atendimento pode acontecer em até duas horas. Já as situações não urgentes, são as que podem ser encaminhadas a um atendimento ambulatorial convencional (OLIVEIRA et al., 2011).

O setor de emergência deve funcionar 24 horas por dia e dispor apenas de leitos de observação. O objetivo principal desta unidade é prestar assistência a doentes, com ou sem risco a vida, que necessitam atendimento imediato, devido seu agravo de saúde (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Expõem Carret, Fassa e Domingues (2009) sobre a unidade de emergência, que por haver assistência imediata e eficaz, administração de medicações que aliviam os sintomas e a realização de exames de maneira rápida, existe um excesso de procura por consultas nestes serviços. Oliveira *et al.* (2011) enfatizam que o uso inadequado, por parte de pacientes com queixas crônicas e sociais, aumenta o número de atendimentos, que competem com casos urgentes e contribuem para a superlotação da unidade de emergência, onerando o sistema de saúde como um todo. O estudo elaborado por Bittencourt e Hortale (2007) revelou que, nos grandes centros, o problema comum é a superlotação das emergências; em alguns serviços, com atendimento para mais de mil pacientes/dia.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) tornou pública a Portaria nº. 1.600 em julho de 2011, a qual institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde. Tendo em vista a superlotação dos prontos-socorros e a complexidade dos casos atendidos, a RUE tem como objetivo garantir atendimento resolutivo e em tempo oportuno ao usuário que busca a unidade de emergência.

Como referência, para assistência a diferentes e complexas condições de saúde (saúde mental, cirúrgicas, clínicas, traumatológicas, etc.), os serviços de emergência devem integrar e articular todos os equipamentos de saúde. Dentre as diretrizes da RUE destaca-se o atendimento humanizado, que deve basear-se nas necessidades de cada usuário, a fim de consolidar os princípios básicos do SUS, quais são a integralidade, a universalidade e a equidade (BRASIL, 2013b).

Tal como enfatizado por Paranhos e Werlang (2015), observo, através de minha experiência profissional em um serviço de emergência, a tensão deste ambiente de trabalho. Como integrante da equipe de enfermagem, participo da maioria dos atendimentos prestados, lido diariamente com a morte e com a pressão para efetivar atendimento ágil, potencializados pela heterogeneidade dos casos e alta demanda de atendimentos.

Sob esta ótica o componente da RUE (BRASIL, 2013b) denominado “Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde” mostra que a atenção adequada no serviço repercute na saúde em geral da população – ou seja, a atuação dos profissionais tem, também, uma dimensão social. Este item aborda a elaboração de ações em saúde, de maneira intersetorial, que oportunizem a educação permanente voltada à prevenção e vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e das lesões e mortes advindas de causas externas. Nesse sentido, estas ações vêm para integrar as políticas públicas existentes, nesse contexto, e melhorar a qualidade de vida dos usuários, através de um atendimento profissional de qualidade.

Isto posto, observa-se que mesmo com o emprego de tecnologias avançadas, a garantia da qualidade de atendimento depende muito da atuação conjunta da equipe. A agilidade na estabilização do paciente constitui o principal processo de trabalho, que exige objetividade e rapidez por parte do profissional (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Tratando deste tema, a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como Humaniza SUS, instituída em 2004, pelo Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo produzir mudanças nos modos de cuidar e de gerir os serviços de saúde, pondo em prática os princípios do SUS, através da comunicação entre usuários, gestores e trabalhadores (BRASIL, 2007).

O conceito de humanização na assistência em saúde define-se através do vínculo e atenção ao usuário, garantindo seus direitos e de seus familiares, implicando a mudança da cultura do atual modelo de atenção. Devem ser valorizadas as diferentes necessidades sociais e os interesses de todos os membros envolvidos no contexto da saúde- o profissional, os gestores e o usuário- a fim de construir ações que garantam qualidade ao atendimento prestado no SUS, reafirmando seus princípios (BRASIL, 2007).

Entre os conceitos que norteiam a PNH (BRASIL, 2007) estão: o acolhimento, que se efetiva através de uma escuta qualificada, onde o atendimento é orientado conforme a gravidade da queixa apresentada pelo paciente, exposto com mais especificidade pela cartilha Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), que propõe a agilidade no atendimento e atenção centrada no nível de complexidade do paciente, e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004); a gestão participativa e cogestão, que estimula espaços coletivos de gestão, proporcionando acordos entre as necessidades dos trabalhadores, usuários e gestores; a ambiência, através de espaços que respeitem a privacidade e sejam acolhedores; a clínica compartilhada, que utiliza o diálogo como recurso para qualificar o diagnóstico e tratamento, incluindo o trabalhador, o usuário e seus familiares; a valorização do trabalhador a fim de dar visibilidade a sua experiência e incluí-lo na tomada de decisões e a defesa dos direitos dos usuários, incentivando-o a conhecer seus direitos (BRASIL, 2013b).

A PNH (BRASIL, 2007) objetiva consolidar quatro propósitos específicos, sendo: a redução de filas de espera, com atendimento acolhedor, baseado na classificação de risco; responsabilização territorial por parte de cada serviço de saúde e o reconhecimento do usuário de sua unidade de saúde de referência; garantir informação sobre o estado de saúde do paciente a seus familiares, bem como permitir um acompanhante por paciente, que será de livre escolha do mesmo e garantir gestão participativa e educação permanente aos trabalhadores de saúde.

Baseado nestes intentos, a PNH (BRASIL, 2007) apresenta objetivos específicos para cada nível de atenção em saúde. Consta desde a atenção básica, até a atenção hospitalar e especializada e, ainda, os prontos socorros, pronto atendimentos, assistência pré-hospitalar e unidades de urgência e emergência.

No que tange aos serviços de Urgência e Emergência, a PNH (BRASIL, 2007) fomenta o acolhimento com avaliação e classificação de risco; comprometimento com a referência e contra referência aos demais serviços de saúde e a definição de protocolos que eliminem intervenções desnecessárias (BRASIL, 2004).

Como referência importante, dados do DATASUS (BRASIL, 2013a) mostram que as principais causas de morte, por causas externas, advêm de violências, acidentes e envenenamentos. Estas ocorrências ocupam o terceiro lugar entre todos os óbitos registrados, por causas conhecidas, no Brasil. É possível, por meio desses

dados, identificar o perfil do paciente que chega aos serviços de urgência e emergência (FONSECA; CORBO, 2007).

Dal Pai e Lautert (2005) acrescentam que o cenário que compreende atendimento a politraumatizados, suicidas, violentados, baleados e vítimas da desinformação e da imprudência, é o ambiente de trabalho da unidade de emergência. Deste modo, o trabalhador está exposto a pressões diversas, inclusive por parte dos usuários e familiares, que, fragilizados, reagem opondo-se ao trabalhador da saúde com agressividade. Outra fonte de tensão é a agilidade exigida no atendimento, devido à alta demanda de usuários que buscam o serviço (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Considerando a grande demanda de atendimentos e a complexidade dos serviços de urgência e emergência, Garcia e Fugulin (2010) enfatizam a importância do preparo técnico e científico exigido aos profissionais que atuam neste ambiente, pois devem estar aptos a prestar atendimento imediato e eficaz ao paciente. Neste contexto, ressalta-se que a enfermagem compõe grande parte do corpo efetivo em uma unidade de emergência, sendo o enfermeiro um profissional de referência neste âmbito.

Nesta perspectiva, além do conhecimento técnico e científico, a rotina de trabalho no setor de emergência exige do enfermeiro agilidade de raciocínio, a fim de tomar decisões pertinentes para o adequado atendimento do paciente, que pode ser único ou grande número de vítimas, com necessidades complexas (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012). Coordenar a assistência de enfermagem, requer do enfermeiro planejamento que garanta o desenvolvimento uma assistência de qualidade aos pacientes sob seus cuidados, bem como manter a equipe de enfermagem na direção deste objetivo (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011).

Ainda sobre as competências, é necessário destacar o constante aprimoramento em relação ao manejo humanizado aos pacientes e, também, aos familiares, que neste serviço, estão em situação inesperada, pois possivelmente, a vida de um ente querido está em risco (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Tornar a assistência humanizada requer esforços a fim de proporcionar conforto físico e psíquico, tanto aos pacientes quanto a seus familiares e aos profissionais que prestam o atendimento (AYRES, 2006).

Nesta ótica, a humanização inclui também o cuidador. Não só como promotor da assistência em saúde, mas como ser humano, dotado de singularidades. Dentro do ambiente de emergência existe uma tensão, devido à heterogeneidade de casos complexos, e esta pode causar uma diversidade de sentimentos, como a ansiedade e a angústia, entre outros desequilíbrios biopsicossociais (GARCIA; FUGULIN, 2010).

Mongiove *et al.* (2014) acrescentam, nesta perspectiva, que a equipe de enfermagem deve ser vista como elemento fundamental para a humanização, e se assim for, torna-se possível apontar subjetividades em relação a atitudes do profissional, que podem intervir no exercício de uma assistência humanizada.

Entre as concepções e diretrizes gerais da PNH (BRASIL, 2007) constam como estratégias de humanização: ampliar o diálogo dos profissionais entre si, com a população e com a administração dos serviços; resolutividade, evitando intervenções desnecessárias; fortalecer práticas de educação em saúde; sensibilizar as equipes quanto aos preconceitos (religioso, racial e sexual) e violência intrafamiliar, no momento da avaliação e encaminhamentos; respeitar a cultura e privacidade, promovendo ambiência e incentivar ações de educação permanente (BRASIL, 2007).

Desta forma, observada a problemática acima descrita, considerando o marco teórico da PNH (BRASIL, 2007), bem como minha experiência enquanto acadêmica de enfermagem e técnica de enfermagem na unidade de emergência busca-se, com este estudo, analisar se a equipe de enfermagem, na unidade de emergência, está conseguindo observar/implementar os conceitos e propósitos da PNH.

Destacando a crescente demanda, a complexidade e instabilidade da situação de saúde dos pacientes, as pressões diversas a que está submetido o profissional e o risco potencial de violências dirigidas a pacientes em atendimento, praticadas por membros de seus grupos na comunidade e a significância do fazer do enfermeiro nesse contexto, questiona-se: “Quais estratégias assistenciais de humanização estão sendo utilizadas nos serviços de emergência, após a implantação da PNH?”

2 OBJETIVO

O estudo teve como objetivo caracterizar as estratégias de humanização utilizadas na assistência à saúde nos serviços de emergência após a implantação da Política Nacional de Humanização.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo estão apresentados os procedimentos metodológicos que foram utilizados para a elaboração deste estudo.

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma Revisão Integrativa de literatura segundo Cooper (1982). Esta metodologia baseia-se no agrupamento dos resultados obtidos de pesquisas primárias sobre a mesma temática, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico.

O estudo foi desenvolvido em cinco etapas: formulação da questão norteadora, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados (COOPER, 1982).

3.2 Primeira etapa: formulação do problema

Frente ao objetivo desta RI, formulou-se a seguinte questão norteadora: “Quais estratégias assistenciais de humanização estão sendo utilizadas nos serviços de emergência após a implantação da Política Nacional de Humanização?”.

3.3 Segunda etapa: Coleta dos dados

As bases de dados eletrônicas utilizadas para busca dos artigos científicos foram a Base de Dados Especializada na Área da Enfermagem (BDENF), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS) e a Scientific

Electronic Library Online (SciELO), por apresentarem elevado rigor científico, riqueza de conteúdos e por concentrarem grande parte das publicações brasileiras.

Os critérios de inclusão adotados nesta RI foram: artigos publicados em periódicos nacionais que abordassem o tema Humanização em Unidade de Emergência no Brasil; dentro da área de enfermagem; resultados de pesquisas primárias e ou secundárias, reflexões teóricas e relatos de experiência, disponíveis online de forma gratuita, publicados no período de 2006 a julho de 2016, a fim de garantir o acesso e revisão de artigos atualizados, contemplando a análise das publicações desta última década.

O marco inicial para busca de artigos foi estabelecido dois anos após a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2004. Infere-se, pois, que a realização de uma pesquisa e sua publicação, considerando esta temática, leve algum tempo para se consolidar, selecionando-se, portanto, o ano de 2006 como ano inicial das pesquisas analisadas.

Ao aplicar os critérios de exclusão foram descartados artigos internacionais, artigos que não contemplaram a questão norteadora e artigos que não abordaram a humanização em serviços de emergência para adultos.

Os descritores utilizados foram *Humanização, Enfermagem e Emergência*. Na base de dados BDEF foram encontrados 32 artigos, na base LILACS foram encontrados 93 artigos e na base de dados SciELO foram encontrados 23 artigos. Assim, a população desta RI compôs-se de 148 artigos.

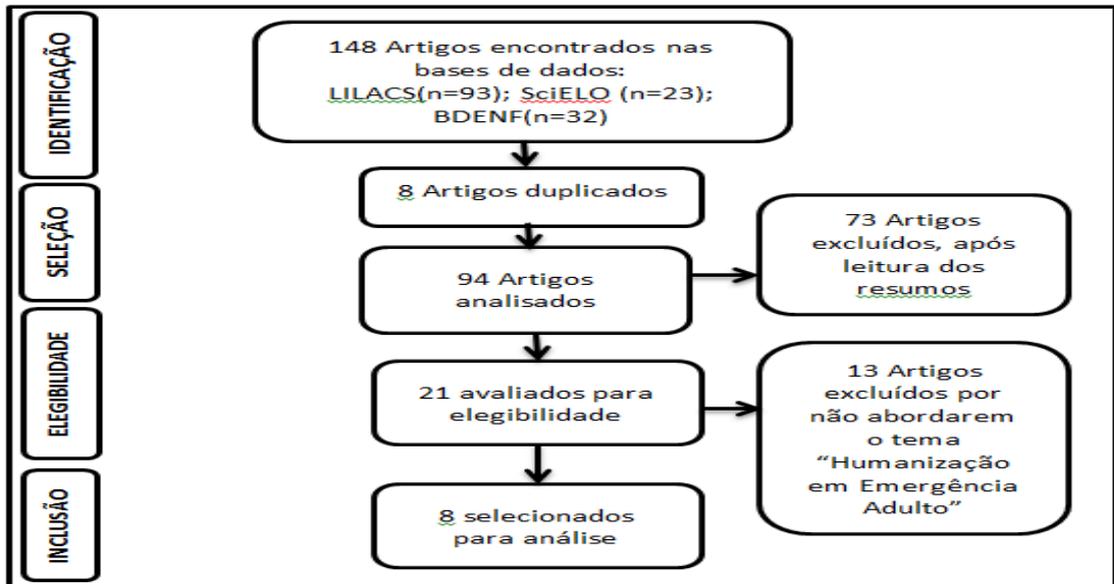
Após a leitura dos títulos e resumos, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, verificou-se que dos 148 artigos resultantes do cruzamento dos descritores selecionados: 119 estavam disponíveis online de forma gratuita; 98 eram nacionais; 94 foram publicados entre 2006 e 2011. Destes 94 artigos, 21 tratavam sobre o tema de humanização em emergência para adultos.

Entre os 21 artigos que tratavam sobre a humanização nos serviços de emergência para adultos, 11 eram da LILACS ; quatro da SciELO e seis da BDEF. Dos quatro artigos encontrados na base SciELO, três estavam em duplicata em relação aos artigos da base LILACS; e dos seis artigos encontrados em BDEF, cinco repetiram-se em relação aos achados nas bases anteriores.

Procedeu-se a leitura integral de 13 artigos, e oito publicações responderam à questão norteadora, compondo, pois, a amostra desta RI.

O fluxograma (Figura 1) apresenta as diferentes etapas de seleção dos artigos para análise, nesta RI, conforme recomendação PRISMA (MOHER *et al.*, 2015).

Figura 1- Fluxograma dos estudos incluídos no estudo Humanização na assistência de enfermagem em unidades de emergência: uma revisão integrativa. Brasil, 2006 – jul. 2016.



Fonte: Própria autora, 2016.

3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados

A avaliação dos artigos selecionados foi realizada por meio de um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), que contém informações sintetizadas dos artigos selecionados, cujos itens estão relacionados ao objetivo e a questão norteadora do estudo. Este instrumento permitiu a avaliação individual dos artigos, assim como a verificação das semelhanças e diferenças entre as publicações.

A coleta de informações obedeceu aos seguintes passos: leitura do título e resumo, leitura do artigo na íntegra, seleção do artigo e preenchimento do instrumento.

3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados

Nesta etapa, os dados, após síntese das informações contidas no instrumento anterior (APÊNDICE A), foram registrados em um quadro sinóptico (APÊNDICE B) a fim de verificar semelhanças, diferenças, discrepâncias e outras informações relevantes ao presente objeto de estudo. A análise e interpretação dos resultados dos artigos amostrados foram realizadas a partir deste quadro sinóptico geral, do qual se sumarizaram os dados obtidos, visando à síntese e comparação das informações relacionando-os à questão norteadora.

Esses dados permitiram categorizar as publicações referentes ao tema central do estudo e comparar as variáveis, ações e/ou estratégias desenvolvidas na perspectiva teórica da humanização da assistência, em serviços de urgência e emergência no Brasil.

3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados

A síntese, comparação e discussão das informações extraídas dos artigos científicos analisados caracterizam esta etapa, que teve a Política Nacional de Humanização como referencial teórico (BRASIL, 2007). Os resultados do estudo, foram apresentados e analisados descritivamente e por meio de quadros e gráficos, com a finalidade de proporcionar uma visão simplificada e abrangente dos dados e permitir a síntese e comparação das informações.

3.7 Aspectos éticos

Nesta RI foram respeitadas as ideias, os conceitos e as definições dos autores, apresentadas de forma autêntica, descritas e citadas conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 14724:2011 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2011).

O projeto foi aprovado e registrado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ - EEUFRGS) (APÊNDICE C).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Frente ao objetivo deste estudo, que buscou caracterizar as estratégias de humanização utilizadas na assistência de enfermagem nos serviços de emergência após a implantação da PNH, este capítulo aborda a análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa.

Os registros efetuados no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) apresentam as variáveis de interesse desta pesquisa, de onde foram sintetizados os resultados a serem analisados.

Todos os artigos selecionados foram realizados em território nacional. Inicialmente, para evidenciar as regiões de desenvolvimento das pesquisas, apresenta-se a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das publicações sobre humanização na assistência de enfermagem em unidades de emergência por região do país. Brasil, 2006-julho 2016.

Região do Brasil	%	f
Sul	12,5	1
Sudeste	62,5	5
Centro-Oeste	-	0
Norte	-	0
Nordeste	25	2
Total	100	8

Os dados acima expostos evidenciam o desenvolvimento da maior parte dos estudos na região Sudeste do país, com um total de cinco (62,5%) publicações (CAVALCANTE *et al.*, 2012 ; GOULART *et al.*, 2013 ; SILVA; RAMOS, 2014; BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006; ANDRADE *et al.*, 2011).

A região Nordeste contou com duas (25%) das publicações analisadas (ANDRADE *et al.*, 2009; CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013). A região Sul foi a que apresentou menor número de estudos, com amostra de uma (12,5%) publicação (SHIROMA; PIRES, 2011). As regiões Centro-Oeste e Norte não apresentaram estudos referentes à temática e período em análise.

A preocupação com a atualização e implantação de estratégias de humanização nos serviços de emergência de acordo com a PNH, é evidenciada

através desses dados. Conforme analisado, é possível perceber a região Sudeste e a região Nordeste, em destaque quanto à construção do conhecimento acerca desta temática.

Quanto ao ano de publicação, dos artigos amostrados nesta RI, observa-se a Tabela 2, que apresenta a distribuição das publicações por ano.

Tabela 2- Distribuição das publicações sobre humanização na assistência de enfermagem em unidades de emergência por período de publicação. Brasil, 2006-julho 2016.

Período	%	f
2006-2010	25	2
2011-2016	75	6
Total	100	8

A Tabela 2 mostra que as publicações sobre estratégias de humanização intensificaram-se a partir do ano de 2011, quase sete anos após a criação da PNH. Considerando o tempo entre o desenvolvimento, aplicação e publicação de um estudo, optou-se adotar o ano de 2006 como marco inicial para busca de artigos. O período compreendido entre 2006 e 2010 mostrou pouca expressividade de publicações, com uma amostra de dois (25%) estudos. Em contrapartida, de 2011 a 2016 foram publicados 75% dos artigos analisados.

Os artigos amostrados neste estudo foram publicados em periódicos diferentes, contando com uma (12,5%) publicação por periódico. Entre eles a Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro; Semina: Ciências Biológicas e da Saúde; Enfermagem em Foco; Physis Revista de Saúde Coletiva; Revista da Escola de Enfermagem da USP; Revista Baiana de Enfermagem; Revista Eletônica de Enfermagem e Ciência & Saúde Coletiva.

Em relação aos métodos de análise destacou-se o estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, com representatividade de 75%. Um (12,5%) estudo tratava-se de revisão bibliográfica da literatura e um (12,5%) estudo era um relato de pesquisa.

Os objetivos dos estudos analisados nesta RI são expostos no Quadro 1.

Quadro 1- Objetivos e autores dos artigos sobre estratégias de humanização da assistência na unidade de emergência. Brasil, 2006-julho 2016.

Artigo	Objetivos	Autor(es)
1	Apontar as principais características do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e verificar se estão de acordo com os pressupostos da Política Nacional de Humanização em serviços de urgência.	CAVALCANTE, et al.,2012
2	Identificar como o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco contribuiu para consolidar a integralidade da assistência, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde.	GOULART, et al.,2013
3	Conhecer a visão do enfermeiro sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em serviços de emergência, após sua implantação.	SHIROMA; PIRES, 2011
4	Investigar as discursividades dos profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar em torno do cuidado e suas possíveis implicações para assistência à saúde.	SILVA; RAMOS,2014.
5	Explicitar processo de humanização centrado no trabalhador.	BACKES;LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006
6	Apontar percepção do enfermeiro sobre humanização em urgência hospitalar	CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013
7	Apontar percepção do acompanhante sobre humanização do atendimento na unidade de emergência.	ANDRADE, et al., 2009
8	Compara as representações sociais sobre humanização da saúde, antes e depois de uma capacitação sobre Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.	ANDRADE, et al., 2011

É possível constatar que todos os artigos, que compuseram a amostra, apresentavam problemática e objetivo bem definidos, o que qualifica o estudo e facilita seu entendimento.

Ao analisar os estudos, em relação a seus objetivos, verificou-se que quatro estudos (CAVALCANTE, *et al.*,2012; GOULART, *et al.*,2013; SHIROMA; PIRES, 2011 e ANDRADE, *et al.*, 2011) tratavam sobre o AACR, apontando suas principais características e contribuição para consolidar os pilares do SUS, e mostram, também, a visão dos enfermeiros sobre a prática do AACR após sua implantação.

Em três artigos (SILVA; RAMOS, 2014.; BACKES;LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006 e CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013) buscou-se compreender o processo de humanização da assistência em unidades de emergência, a partir da concepção dos trabalhadores. Em contrapartida, um artigo

(ANDRADE, *et al.*, 2009) apontou a humanização em um serviço de emergência hospitalar com base na percepção de familiares e acompanhantes de pacientes em atendimento neste serviço.

É possível perceber que a introdução do AACR nos serviços de emergência impactou mudanças no modelo de atendimento, motivando diversos estudos sobre esta temática. Constata-se ainda que houve uma busca por compreender as diferentes concepções sobre a humanização da assistência nos serviços de emergência, ao buscar a interpretação de profissionais de saúde e familiares. Ao reconhecer a individualidade dos profissionais, dos pacientes e de seus familiares é possível construir novos conhecimentos baseados nessa interação.

As estratégias de humanização da assistência nos serviços de emergência, após a implantação da PNH, de acordo com os resultados dos artigos analisados, estão expostas no Quadro 2.

Quadro 2- Estratégias de Humanização em Emergência. Brasil, 2006-julho 2016.

Artigo	Estratégias de Humanização da Assistência em Emergência	Autor(es)
1	Ampliação das Unidades de Emergência (UE); Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Melhoria do acesso a UE; Criação de espaços adequados de recepção aos usuários e familiares; Capacitações e atualizações para profissionais de saúde; criação de espaços de comunicação entre trabalhadores e gestores.	CAVALCANTE et al.,2012
2	Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Melhoria do acesso a UE; criação de espaços de comunicação entre trabalhadores e gestores; Capacitações e atualizações para profissionais de saúde.	GOULART et al.,2013
3	Ampliação da UE; Capacitações e atualizações para profissionais de saúde por consultores do Ministério da Saúde.	SHIROMA; PIRES, 2011
4	Implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Criação de espaços de comunicação entre trabalhadores e gestores; Equipe multidisciplinar no atendimento.	SILVA; RAMOS,2014.
5	Equipe multidisciplinar no atendimento; criação de espaços de comunicação entre trabalhadores e gestores; diálogo entre hospital e a comunidade; valorização das dimensões subjetivas dos pacientes.	BACKES;LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006
6	Implantação Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Escuta qualificada; resolutividade.	CAVALCANTE; DAMASCENO;

		MIRANDA, 2013
7	Não foram observadas estratégias humanizadas na assistência.	ANDRADE et al., 2009
8	Implantação AACR; Escuta qualificada; Organização no atendimento; Adequado encaminhamento a serviços ambulatoriais.	ANDRADE et al., 2011

Através do Quadro 2, pode-se comparar os resultados dos estudos analisados, quanto as estratégias de humanização da assistência que foram adotadas, nos serviços de emergência, após a implantação da PNH.

O conceito de humanização, apontado pela PNH, enfatiza o estabelecimento de vínculo e atenção ao usuário, de forma a garantir seus direitos e de seus familiares, o que implica a mudança da cultura do atual modelo de atenção. Sob esta perspectiva, as diferentes necessidades sociais e os interesses de todos os membros envolvidos no contexto da saúde- o profissional, os gestores e o usuário- devem ser valorizados (BRASIL, 2007).

Conforme os valores éticos, humanizar é assumir uma posição de respeito à singularidade do outro, reconhecendo seus limites. E, nesse sentido, enquanto profissional de saúde, deve-se oferecer um cuidado integral, que englobe as subjetividades do indivíduo e de sua família, valorizando seu contexto social (SALICIO; GAIVA, 2006).

Nesse contexto, torna-se importante investigar se a prática assistencial humanizada está sendo efetivada na Unidade de Emergência (UE). Desta forma, ressalta-se que o setor de emergência funciona 24 horas por dia e dispõe apenas de leitos de observação. O objetivo principal desta unidade é prestar assistência a doentes, com ou sem risco a vida, que necessitam atendimento imediato, devido seu agravo de saúde (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

As demandas por atendimentos na UE são de variadas etiologias, contudo, na última década houve exponencial aumento de mortes por causas externas, no Brasil, ocupando o terceiro lugar nas estatísticas de causas de morte (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Como referência importante, dados do DATASUS (BRASIL, 2013a) mostram que as principais causas de morte, por causas externas, advêm de violências, acidentes e envenenamentos. Frente a esta realidade, torna-se possível identificar o perfil do paciente que chega para atendimento imediato nas UE.

Oliveira *et al.* (2011) expõem e analisam, que pacientes com queixas crônicas e sociais competem por atendimento com os casos de urgência, o que contribui para a superlotação da UE. O SUS propõe-se a promover, prevenir e tratar doenças, bem como a reabilitar a saúde (CAVALCANTE *et al.*,2012), entretanto, a falha estruturação dos níveis de atenção primária, gera uma sobrecarga de atendimentos em UE (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

O estudo elaborado por Bittencourt e Hortale (2007) revelou que nos grandes centros, o problema comum é a superlotação das emergências; em alguns serviços, com atendimento para mais de mil pacientes/dia. Cavalcante *et al.* (2011) ao encontro do que é publicado pela mídia, a respeito da superlotação das unidades de emergência, retratou em seu estudo, grandes filas para realização de consultas e exames; pacientes alojados nos corredores dos hospitais, em macas e cadeiras de rodas; a falta de privacidade do usuário e a despersonalização do atendimento, devido a alta demanda.

Nesse contexto, a fim de orientar a assistência em saúde com foco no usuário, a PNH propõe o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Este acolhimento deve acontecer através de uma escuta qualificada, por parte do trabalhador de saúde. Neste momento, deve acontecer uma avaliação de risco, gravidade e vulnerabilidade do usuário, de forma a garantir seu acesso ao serviço de saúde, de acordo com a necessidade relatada (BRASIL, 2007).

A cartilha do AACR (BRASIL, 2004) apresenta o acolhimento como um paradigma ético e estético no fazer em saúde. Esta prática deve basear-se em uma postura ética do profissional, qual deve compartilhar seus saberes e fundamentar suas intervenções, a fim de garantir resolutividade. Portanto o acolhimento não é um local ou um espaço da UE, mas sim uma atitude a ser adotada por todos os profissionais atuantes no serviço.

Já a classificação de risco, define-se como um processo de identificação da necessidade de tratamento imediato ou não, de acordo com o risco ou grau de sofrimento do paciente (BRASIL, 2004). Esta classificação é feita de acordo com o nível de complexidade, atribuindo cores para cada nível, quais são: vermelha- indica atendimento imediato, pacientes críticos, instáveis; amarela- casos urgentes, pacientes semicríticos, já estabilizados; verde- pacientes não críticos ou em observação; azul- pronto atendimento, destinado a consultas de baixa e média complexidade (GOULART *et al.*,2013).

Isto posto, espera-se com AACR na UE, a extinção da triagem realizada por funcionário não qualificado, sendo o profissional enfermeiro referência para executar esta classificação; diminuir o risco de mortes evitáveis e a priorização do atendimento, de acordo com os critérios clínicos evidenciados e adequado encaminhamento para tratamento; além da redução de filas e tempo de espera para o atendimento, promovendo um ambiente sadio e que proporcione satisfação ao profissional e ao usuário (SHIROMA; PIRES, 2011).

A PNH traz a ambiência como uma estratégia para melhorar o trabalho e a assistência em saúde. Define um ambiente sadio como acolhedor, confortável e que respeite a privacidade do usuário. Este deve atender a necessidade dos usuários e dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2007).

Goulart *et al.* (2013) atribui a lentidão e desajustado atendimento na UE, a área física inadequada e mau dimensionamento de pessoal, os quais contribuem para a superlotação das unidades e transtornos, tanto para os usuários e seus familiares, quanto para os trabalhadores.

A UE torna-se um ambiente de muito estresse e tensão. A angústia e a ansiedade da vida e da morte, são sentimentos compartilhados por todos, sejam pacientes, familiares ou trabalhadores (ANDRADE, *et al.*, 2009). A ampliação das UE, espaços adequados de recepção ao usuário e seu familiar, bem como ambiente de trabalho saudável, estão entre as propostas da PNH para efetivar uma assistência de qualidade (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, para que haja uma assistência de qualidade, deve haver preocupação em fornecer condições adequadas de trabalho, valorização e respeito ao profissional de saúde. Desta forma, espera-se que, mesmo em ambientes conturbados de exercício, como na UE, por exemplo, o colaborador tenha condições físicas e psicológicas de prestar atendimento eficaz e humanizado ao paciente sob seus cuidados (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

Nesta ótica, a humanização inclui também o cuidador. Não só como promotor da assistência em saúde, mas como ser humano, dotado de singularidades. Dentro do ambiente de emergência existe uma tensão, devido à heterogeneidade de casos complexos, e esta pode causar uma diversidade de sentimentos, como a ansiedade e a angústia, entre outros desequilíbrios biopsicossociais (GARCIA; FUGULIN, 2010).

Isto posto, observa-se que mesmo com o emprego de tecnologias avançadas, a garantia da qualidade de atendimento depende muito da atuação conjunta da equipe. A agilidade na estabilização do paciente constitui o principal processo de trabalho, que exige objetividade e rapidez por parte do profissional (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Entre as concepções e diretrizes gerais da PNH (BRASIL, 2007) constam como estratégias de humanização: ampliar o diálogo dos profissionais entre si, com a população e com a administração dos serviços; resolutividade, evitando intervenções desnecessárias; fortalecer práticas de educação em saúde; sensibilizar as equipes quanto aos preconceitos (religioso, racial e sexual) e violência intrafamiliar, no momento da avaliação e encaminhamentos; respeitar a cultura e privacidade, promovendo ambiência e incentivar ações de educação permanente (BRASIL, 2007).

4.1 Estratégias de Humanização em Emergência

Ao analisar as estratégias de humanização praticadas nos estudos selecionados, verificam-se semelhanças entre os autores, expostas no Quadro 4.

Quadro 3- Estratégias de Humanização em Emergência- Semelhança entre autores. Brasil, 2006-julho 2016.

Estratégias de Humanização em Emergência	Artigo(s)
Implantação Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco	1, 2, 4, 6, 8
Ampliação das Unidades de Emergência	1, 3
Melhoria do Acesso a Unidade de Emergência	1, 2, 3
Criação de espaços adequados de recepção aos usuários e familiares	1
Capacitações e atualizações para profissionais de saúde	1, 2, 3
Criação de espaços de comunicação entre trabalhadores e gestores	1, 2, 4, 5
Equipe multidisciplinar no atendimento	5
Diálogo entre hospital e a comunidade	5
Valorização das dimensões subjetivas dos pacientes	5
Escuta qualificada	6, 8
Adequado encaminhamento a serviços ambulatoriais	8
Nenhuma estratégia observada	7

4.1.1 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

O modelo obsoleto de acolhimento, antes da implantação da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), era conhecido como triagem. Este modelo baseava-se em um atendimento administrativo, sem critérios bem estabelecidos, na maioria das vezes, realizado por profissional não qualificado (BRASIL, 2004). Dada a alta demanda dos serviços de urgência e emergência, e a falta de qualificação adequada do profissional, o processo de triagem implicava em prejuízos a saúde do usuário, além de onerar o sistema de saúde (CAVALCANTE, *et al.*, 2012).

Neste sentido, a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, tem por objetivo a obliteração da triagem realizada por profissional inábil e a priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos de gravidade. De forma a promover diminuição em filas de espera e do número de mortes evitáveis, garantindo o aumento do bem-estar dos usuários e profissionais (SHIROMA; PIRES, 2009).

De acordo com a PNH (BRASIL, 2007) no ato de acolher, trata-se de reconhecer as necessidades de saúde do usuário, de forma singular. Assim sustentando e fortalecendo o vínculo entre a unidade de emergência, o profissional e o usuário. Deste modo, o profissional que realiza o acolhimento deve estar apto a prestar atendimento resolutivo e eficaz, estabelecendo articulações com os demais serviços de saúde, orientando o usuário e seu familiar a correta assistência, de acordo com a necessidade apresentada (BRASIL, 2004).

Neste sentido, a classificação de risco visa identificar a gravidade da saúde do paciente, através de um processo dinâmico, que decide e prioriza o atendimento, de acordo com o risco à vida esboçado no ato do atendimento e não na ordem de chegada, baseado em protocolo pré-estabelecido (CAVALCANTE, *et al.*, 2012).

A classificação de risco dá-se nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente.
Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.
(BRASIL, 2004. p. 27).

Cavalcante *et al.* (2012) apontam o enfermeiro como o profissional mais indicado para realizar o acolhimento com avaliação e classificação de risco. A cartilha da PNH que trata deste tema informa que o acolhimento acontece a partir da queixa do usuário, para qualquer profissional capacitado. Entretanto a classificação de risco deve ser feita somente pelo enfermeiro, considerando que quem acolhe ou escuta a queixa, não produz conduta, mas apenas encaminha o paciente para a adequada classificação (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Entende-se, pois, a classificação de risco, como uma estratégia de gestão dos serviços de saúde. Goulart *et al.*(2013) concordam com as proposições de Cavalcante *et al.*(2012), quando reforçam que o AACR é um processo dinâmico que tem como foco a resolutividade.

Para além da resolutividade, Cavalcante; Damasceno e Miranda (2013) relatam em seu estudo que os profissionais enfermeiros entendem que um acolhimento humanizado envolve também uma relação de confiança entre o profissional e o usuário. Neste sentido, o profissional de saúde é responsável por promover segurança e bem estar ao paciente, durante seu atendimento.

Nesse contexto, o estudo elaborado por Andrade *et al.* (2011) destaca a concepção humanística desta atividade, a qual envolve o amor, o cuidado e o respeito. A concretude de acolher, se dá através de uma escuta qualificada, quando relacionada a resultados positivos (resolutividade e adequado encaminhamento).

Sob a ótica de estabelecer uma relação estreita entre o profissional de saúde e o usuário, Silva e Ramos (2014) apontam que o processo de acolhimento humanizado é fortemente prejudicado por instalações inadequadas, quais promovem as superlotações, comumente, vivenciadas em unidades de emergência do país.

4.1.2 Ampliação, melhoria do acesso e criação de espaços de recepção e comunicação para usuários e trabalhadores nas Unidades de Emergência

A PNH (BRASIL, 2007) traz a ambiência como uma de suas principais diretrizes. O conceito desta proposta refere-se a espaços confortáveis, acolhedores e saudáveis; que respeitem a privacidade e que sejam lugares de encontro entre as pessoas. Para tanto, prevê a reorganização do projeto arquitetônico e reformas nas

Unidades de Emergência, de acordo com as necessidades do trabalhador e do usuário.

Segundo Shiroma e Pires (2011), entre outros fatores, um espaço físico reduzido pode tornar a UE um local de difícil organização para o trabalho, além de prejudicar o atendimento ao usuário e assessoria a seu familiar. Lentidão no atendimento, transtornos para trabalhadores e usuários e a superlotação são os principais resultados de uma área física inadequada (GOULART *et al.*, 2013).

Cavalcante *et al.* (2012) enfatizam a ampliação, a melhoria do acesso, a adequação das portas de entrada e a criação de espaços adequados para a recepção dos usuários e seus familiares, como uma das mais notórias modificações propostas pela PNH, quais foram amplamente empregadas nas UE.

Entretanto, mesmo diante das reformas arquitetônicas, que visam melhorias em relação ao atendimento, no que tange proporcionar conforto ao paciente e seu familiar, é necessário que as dimensões subjetivas dos sujeitos sejam valorizadas. Assim, o profissional de saúde deve informar ao paciente qual sua prioridade para o atendimento e o tempo mínimo de espera. Ampliar o diálogo entre os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença reforça a gestão participativa (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Pressupondo que a humanização da assistência, surgirá através da realização profissional, recomenda-se que os gestores dos serviços de saúde também acolham o trabalhador com uma atitude de sensibilidade, para compreender a perspectiva do colaborador sobre a UE e suas demandas (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

Silva e Ramos (2014) evidenciam, que diante do cenário permeado pelas fronteiras entre a vida e a morte, pela limitada condição material e de força de trabalho, a comunicação entre os profissionais atuantes na UE é de extrema importância para reflexão crítica acerca do cuidado a ser prestado.

Isto posto, Goulart *et al.* (2013) enfatizam que os bons resultados para o atendimento ao usuário, surgem em um ambiente onde haja respeito e comprometimento entre todos os membros da equipe. Para tanto, Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2006) reforçam a postura humilde e o diálogo horizontal que os gestores devem praticar com os colaboradores. Esta prática, efetiva-se através de espaços para realização de atualizações frequentes e a troca de conhecimentos entre os membros da equipe de saúde.

4.1.3 Equipe assistencial multidisciplinar; capacitação e atualização dos profissionais e o diálogo entre o Hospital e a Comunidade

Para readequar o antigo modelo assistencial, que antes era centrado apenas na figura do médico, a PNH (BRASIL, 2007) propõe que as equipes atuantes nos serviços de saúde sejam multidisciplinares. Ou seja, composta por diferentes categorias de profissionais, que devem trabalhar de forma interdisciplinar, a fim de compor uma assistência integral e resolutive ao usuário (GOULART *et al.*, 2013).

Entende-se que o processo de cuidar, na área da saúde, é multifacetado. À vista disto, a existência de uma equipe multidisciplinar é um dos principais dispositivos para melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário da UE (SILVA; RAMOS, 2014).

Silva e Ramos (2014) e Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2006) enfatizam que a integração entre os diferentes profissionais que atuam na UE tornou mais produtivo os recursos humanos existentes. Através de uma comunicação adequada e horizontal, a colaboração simultânea e o respeito entre as categorias atuantes na UE, efetivar de maneira resolutive, até mesmo, uma tarefa comum, mostrou-se completamente exequível.

Shiroma e Pires (2011) percebemem sua análise que, para uma equipe composta por variadas categorias de profissionais, a educação continuada é ferramenta de extrema importância. Relata, ainda, que após capacitação promovida por consultores do Ministério da Saúde, em relação ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), os profissionais sentiram-se melhor preparados para fornecer informações seguras ao paciente e a seus familiares.

Cavalcante *et al.* (2012) e Goulart *et al.* (2013) concordam, quando afirmam que a promoção de capacitações sobre o AACR em Unidades de Emergência contribui com a ampliação desta prática no serviço de saúde, qualificando a assistência prestada e tornando-a mais resolutive.

Diante da remodelação das antigas práticas, também surgiram novos padrões de relacionamento entre o hospital e a comunidade, usuária do serviço de emergência, após a implantação da PNH (BRASIL, 2007), a fim de consolidar o princípio da integralidade no SUS. Este diálogo entre o hospital e a comunidade pode acontecer de diversas maneiras, como por exemplo, através de folhetos informativos, cartazes e fluxogramas que expliquem o modelo de atendimento, e

devem ser expostos em áreas comuns na UE. Estas medidas tendem a reduzir a ansiedade dos usuários e familiares no serviço de emergência (GOULART et al.,2013).

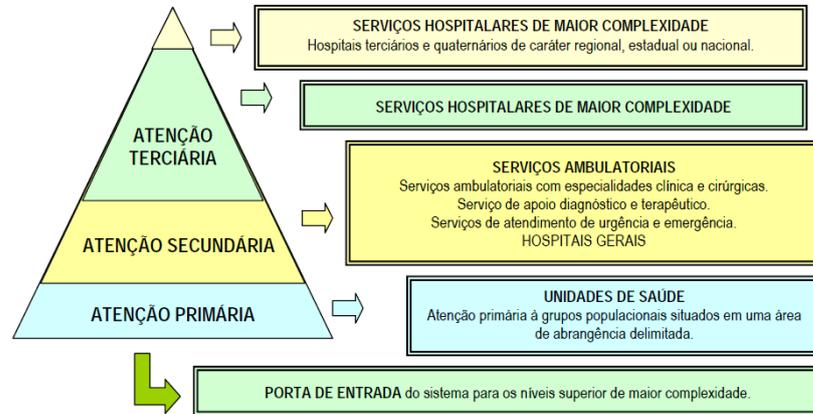
Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2006) sugerem que sejam estabelecidos processos educativos, criativos, participativos e sistemáticos. Através da sensibilização dos gestores políticos, em todas as esferas de governo, para que campanhas de orientação à cerca de cuidados preventivos e atividades de promoção à saúde sejam amplamente divulgadas a população.

Dessarte, os trabalhadores da UE devem assumir papel de sujeitos da produção do conhecimento, a fim de colaborar com a instrução dos pacientes sobre seu estado de saúde e referenciá-los ao serviço de saúde mais adequado para seu tratamento (BACKES;LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

4.1.4 O adequado encaminhamento a outros serviços de saúde e a valorização das dimensões subjetivas dos pacientes através da escuta qualificada

Com escopo de assegurar o princípio da integralidade no atendimento aos usuários, a PNH (BRASIL, 2007) propõe uma pactuação de funcionamento entre os diferentes serviços de saúde. Através de critérios pré-estabelecidos, deve haver fluxos para adequado encaminhamento do usuário, de acordo com sua necessidade de saúde, sempre respeitando a hierarquização dos níveis de assistência (BRASIL, 2007). A hierarquia dos níveis assistenciais está exposta na Figura 2.

Figura 2- Hierarquização dos níveis de assistência em Saúde, no Brasil.



Fonte: Rede HumanizaSUS¹, 2016.

De acordo com Andrade *et al.* (2011), antes da implantação da PNH (BRASIL, 2007), os profissionais referenciavam o paciente aos demais serviços de saúde, com intento de ajudar o usuário, como um gesto de carinho. Após a implantação e a realização de uma capacitação sobre a referida política, foi observado maior qualificação no processo de encaminhamento, ou seja, houve uma progressão do foco humanístico para predicamentar os processos de assistência qualificada e resolutiva aos usuários da UE.

Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2006) consideram humanizada a unidade que é capaz de atender com eficiência a demanda dos usuários e, ainda, contemplar o respeito às subjetividades do paciente e não só ao que tange seus aspectos físicos.

Em sua pesquisa Cavalcante; Damasceno e Miranda (2013) evidenciam a visão dos enfermeiros sobre o atendimento humanizado em unidades de emergência. Neste contexto, os profissionais entrevistados, apontam o ato de ouvir e promover uma escuta qualificada, como um dos princípios mais importantes da PNH (BRASIL, 2007). Priorizar a escuta das queixas e sugestões dos pacientes, valoriza a relação interpessoal entre o profissional e o paciente, estabelecendo confiança e, desta forma, reduzindo a ansiedade durante o atendimento (ANDRADE *et al.*, 2011).

¹REDE HUMANIZA SUS. Sobre a atenção básica. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/94461-seja-bem-vindo-d-a-porta-de-entrada-do-sus-e-o-tratamento-contínuo>>. Acesso em: 17 out. 2016.

4.1.5 Inobservância de Estratégias de Humanização na Unidade de Emergência

Os serviços de emergência são frequentemente expostos na mídia, sempre que observadas situações de superlotação, falta de equipamentos e materiais, erros de medicação e descaso profissional. Restringindo a Unidade de Emergência a esta ótica, abordada pela mídia, infere-se que o atendimento neste setor não seja humanizado (ANDRADE *et al.*, 2009).

Em seu estudo Cavalcante; Damasceno e Miranda (2013) analisaram a perspectiva dos profissionais enfermeiros, atuantes na UE, acerca da humanização no atendimento. Observaram que, independente da implantação de diversas diretrizes da PNH (BRASIL, 2007), como a ampliação da UE e o aporte tecnológico e material adequado, por exemplo, os profissionais não percebem que atitudes humanizadas estejam sendo empregadas durante o atendimento no serviço de emergência.

Através das falas dos entrevistados, Cavalcante; Damasceno e Miranda (2013) depreendem, sob a ótica dos enfermeiros, que uma unidade de pronto-socorro não é humanizada devido a alta demanda por atendimento e a inadequação do número de profissionais, em relação a complexidade dos casos e ao número de atendimentos prestados. Relacionado a esta problemática, evidencia-se o estresse o qual está submetido o profissional, sentimento que contribui com a falta de comunicação e empatia entre o profissional e o usuário, e também, entre o profissional e a instituição.

De encontro ao exposto, Andrade *et al.* (2009) evidenciam em sua pesquisa, que os usuários atendidos na UE, percebem como problema básico a demanda elevada, esboçada através de filas, longo tempo de espera e corredores aglomerados de pacientes. Estas situações são atribuídas, principalmente, a carência de profissionais para prestar atendimento.

Contudo, mesmo diante das diversas realidades vivenciadas em diferentes serviços de emergência; seja em uma unidade reformada, com adequada ambiência e aporte ideal de equipamentos e materiais ou em uma unidade pequena e precária, a visão dos usuários, familiares e enfermeiros inseridos neste setor, convergem no

que diz respeito à humanização do atendimento (ANDRADE *et al.*, 2009; CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013).

Humanizar, para os enfermeiros, entrevistados por Cavalcante; Damasceno e Miranda (2013), refere-se a adotar atitudes acolhedoras, através de uma postura empática e comunicação efetiva. Para tanto, afirmam a necessidade de adequado dimensionamento de pessoal, a fim de que, mesmo diante de um contexto insatisfatório, os pacientes consigam ser observados em sua totalidade, garantindo-lhes atendimento respeitoso e eficaz.

Já sob a perspectiva dos usuários e familiares, abordados no estudo de Andrade *et al.* (2009), inseridos no contexto da UE, para além da área física inadequada, falta de materiais e acelerada rotina de atendimentos, a falta de humanização a qual se referem diz respeito aos aspectos interacionais e humanísticos entre o profissional e o usuário. Segundo avaliação dos entrevistados, a comunicação adequada, aliada a atitudes de apoio e solidariedade a quem vive este momento, faz total diferença para redução da ansiedade e melhor compreensão acerca dos procedimentos que serão realizados, em um ambiente conturbado e desconhecido como a UE, onde situações inesperadas, normalmente, confrontam a vida e a morte.

Tanto sob a ótica do usuário quanto do enfermeiro, no cenário da emergência, os fatores que definem a não humanização do atendimento, são os mesmos. Entre eles, são citados, principalmente: a falta de comunicação e empatia na relação profissional-paciente; o ambiente conturbado pela alta demanda de atendimentos e o quantitativo insuficiente de profissionais para acolher essa (ANDRADE *et al.*, 2009; CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos analisados, foram constatadas as seguintes estratégias de humanização na assistência em Unidades de Emergência (UE) após a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): acolhimento com avaliação e classificação de risco; ampliação e melhoria do acesso às UE; criação de espaços de recepção e comunicação para usuários e trabalhadores; equipe assistencial multidisciplinar; capacitações e atualização frequente dos profissionais; diálogo entre o hospital e a comunidade; adequado encaminhamento a outros serviços de saúde e a valorização das dimensões subjetivas dos pacientes através da escuta qualificada. Todas as estratégias aplicadas estão de acordo com as proposições da PNH.

Entretanto, percebidas as diversas melhorias propostas pela PNH e implantadas nas EU, também foi evidenciada a inobservância de humanização do cuidado, tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais inseridos neste contexto.

Ainda que um ambiente espaçoso e confortável, com adequado aporte material e tecnológico faça parte e contribua, significativamente, para entender a assistência em saúde como humanizada, torna-se clara a importância das questões humanísticas, como o contato interpessoal acolhedor e delicado, a atitude que realmente imprime no usuário o sentimento de estar sendo cuidado e respeitado em sua individualidade.

De acordo com a análise dos estudos amostrados, evidenciou-se que para prestar um cuidado humanizado, que preserve a identidade biopsicossocial e espiritual do usuário, em meio a um ambiente conturbado pela alta demanda e diversidade de atendimentos, faz-se necessária a adequação do dimensionamento da força de trabalho disponível, sobretudo da equipe de enfermagem, a qual é percebida como a principal força motriz deste serviço.

Para que a equipe assistencial atuante na UE desenvolva atitudes humanizadas, e perceba sua importância nesse contexto, considerando o usuário e também seus familiares em sua totalidade, vê-se necessário o estímulo constante, por parte das instituições de saúde, no que se refere a capacitações sobre a PNH, assim como a promoção de um ambiente de trabalho saudável, através da disponibilização de recursos humanos e materiais que atendam, eficazmente, a demanda das unidades de emergência.

Como limitações deste estudo, pontua-se a escassez de publicações que abordem a humanização da assistência em enfermagem nas unidades de emergência para adultos, assim como a falta de produções atualizadas sobre a temática em questão, e na perspectiva do usuário sobre a humanização do atendimento.

Frente ao exposto, percebe-se que humanizar a assistência consiste em um processo dinâmico, que exige engajamento de todos os envolvidos com a prestação de cuidados. Notabiliza-se a relevância de desenvolver estudos que avaliem a aplicabilidade das estratégias propostas pela PNH nos diferentes contextos de exercício da enfermagem, sobretudo estudos que revelem a percepção dos usuários do serviço de emergência, acerca da humanização no atendimento, a fim de que sejam elaboradas estratégias de aprimoramento para a equipe que presta o cuidado, de forma a consolidar os princípios básicos do SUS, quais são a integralidade, a universalidade e a equidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.M. *et al.* Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.11, n.1, p. 151-157, 2009.
- ANDRADE, M.A.C. *et al.* Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1115-1124, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: Trabalhos Acadêmicos. Rio de Janeiro, 2011. 11 p.
- AYRES, J.R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F.(Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas, práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Cap. 2. p. 49-84.
- AZEVEDO, A. L. C. S. *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.40, n.2, p. 221-227, 2006.
- BITTENCOURT, R. J. ; HORTALE, V. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**: mortalidade. Brasília, 2013a. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 31 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília; 2004. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

CARDOSO, M.L.A.P.; RAMOS, L.H.; D'INNOCENZO, M. Liderança coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 730-737, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2016.

CARRET, M. L. V. ; FASSA, A. C. G. ; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

CARRET, M. L. V. **Demanda do serviço de saúde de emergência**: características e fatores de risco para o uso inadequado. Repositório digital epidemiologia da UFPEL. Pelotas, RS, 2007. Disponível em: < <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/tese%20carret.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

CAVALCANTE, A.K.C.B; DAMASCENO, C.A.F.; MIRANDA, M.D.S. Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros. **RBE**, Salvador, v. 27, n. 3, p. 221-233, 2013.

CAVALCANTE, R.B *et al.* Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, São João del Rei, v.2, n.3, p. 428-437, 2012.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, Thousand Oaks, CA, v.52, p.291-302, 1982.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado em pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n.2, p.231-234, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a21>>. Acesso em: 18 maio 2016.

FONSECA, A. F. ; CORBO, A.D.A. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/o-territorio-e-o-processo-saude-doenca>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

GARCIA, E. A. ; FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44,

n. 4, p. 1032-1038, 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2016.

GOMIDE, M. F. S. ; PINTO, I. O. C. ; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 19-25, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2016.

GOULART, C.B., *et al.* Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.**, Londrina. v. 34, n.1, p. 91-96, 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/13002/13739>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

MONGIOVI, V.G. *et al.* Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2016.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], Ribeirão Preto, v. 19, n.3, p. 548-556, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14 >. Acesso em: 18 maio 2016.

PARANHOS, M.; WERLANG, B. S. G. Psicologia nas emergências: uma nova prática a ser discutida. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 35, n. 2, p. 557-571, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000200557&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2016.

MOHER D. *et al.* Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: recomendação PRISMA. Tradução de Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:19 set. 2016.

SALICIO, D.M.B.S; GAIVA, M.A.M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.8, n.3, p.370-376, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acesso em: 09 jun. 2016.

SALOMÉ G.M, MARTINS M.F.M., ESPÓSITO VHC. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.62, n.6, p.856-862, 2009.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enf. Foco.**[Internet] v.2, n.1, p.14-17, 2009. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/436R436P436.php/enfermagem/article/download/67/54>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

SILVA, S.M.; RAMOS, M.Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 693-714, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00693.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

APÊNDICE A- Instrumento para coleta de dados

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
Humanização na assistência de enfermagem em unidades de emergência: uma revisão integrativa
Número do artigo: _____
1. Dados de identificação Autores: _____
Título do trabalho: _____
Periódico, local do periódico, volume, número, páginas, ano de publicação: _____
Descritores: _____
2. Objetivo: _____
3. Metodologia Tipo de estudo: _____ População amostra: _____ Local do estudo: _____
4. Resultados Estratégias de Humanização: _____
5. Limitações/Recomendações: _____
6. Observações: _____

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE B – Quadro sinóptico

Nº	Título do artigo	Autor (es)	Objetivo (s)	Estratégias de humanização	Recomendações
1					
2					
3					

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C: e-mail resposta da COMPESQ

De: enf_compesq@ufrgs.br <enf_compesq@ufrgs.br>

Enviado: terça-feira, 5 de julho de 2016 11:35

Para: LUIZA MARIA GERHARDT

Assunto: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Prezado Pesquisador LUIZA MARIA GERHARDT,

Informamos que o projeto de pesquisa HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA encaminhado para análise em 03/07/2016 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Projeto de revisão integrativa aprovado para fins de registro na Compesq

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem