

**ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM PRONTO-SOCORRO ADULTO:
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS****HEALTHCARE RECEPTION AND HUMANIZED ASSISTANCE IN THE EMERGENCY ROOM FOR
ADULTS: NURSES' PERCEPTIONS****RECEPCIÓN Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN EMERGENCIA PARA ADULTOS:
PERCEPCIONES DE ENFERMEROS**

Alcides Viana de Lima Neto¹
Vilani Medeiros de Araújo Nunes²
Rafaella Leite Fernandes³
Ilicarla Mayara Lopes Barbosa⁴
Gysella Rose Prado de Carvalho⁵

RESUMO: Objetivo: descrever as percepções dos enfermeiros que trabalham em um pronto-socorro de atendimento para pacientes adultos acerca da humanização e acolhimento com classificação de risco. **Método:** estudo descritivo, exploratório e qualitativo realizado por meio de um questionário estruturado e entrevista semiestruturada com 14 enfermeiros. A amostra foi composta por enfermeiros com predominância do sexo feminino (86%), com idade média de 38 anos. O material das entrevistas foi analisado utilizando a técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** a análise das entrevistas foi categorizada e agrupada por meio das características semelhantes, extraíndo-se a temática da humanização, do acolhimento, classificação de risco e política nacional de humanização a partir das percepções dos entrevistados. **Considerações Finais:** os sujeitos entendem os conceitos ampliados de acolhimento e humanização, porém, a prática depende da forma como cada um os aplica, tornando essa atividade uma subjetividade que envolve o cotidiano profissional.

Descritores: Enfermagem em Emergência; Humanização da assistência; Acolhimento; Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT: Aim: to describe the perceptions of nurses that work in the adults emergency room on humanized assistance and healthcare reception and risk classification. **Method:** it is a descriptive, exploratory and qualitative study carried out through a structured questionnaire and a semi-structured interview with 14 nurses. The sample was composed by nurses mainly women (86%), the average age of 38 years old. The data collected through the interviews was analyzed using the content analysis technique. **Results:** the data collected was categorized and grouped by similar characteristics, extracting the theme of humanization, the healthcare reception, risk classification and National Policy of Humanization. **Final Considerations:** the interviewees understand the broader concepts of healthcare reception and humanization,

¹Enfermeiro. Especializando em gestão em enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Enfermeiro assistencial da Casa de Saúde São Lucas, Natal, RN, Brasil. E-mail: alcides.vln@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: vilani.nunes@gmail.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: perrequel@yahoo.com.br

⁴Enfermeira graduada pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte (Estácio/FATERN). Natal, RN, Brasil. E-mail: ilcarla_mayara@hotmail.com

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Professora da Faculdade de Sergipe (FASE). Natal, RN, Brasil. E-mail: gysella.carvalho@yahoo.com.br

however, the practice depends on the way each professional applies them, transforming this activity into a subjectivity that involves daily work.

Descriptors: Emergency Nursing; Humanization of assistance; User embracement; Emergency medical services.

RESUMEN: Objetivo: describir las percepciones de los enfermeros que trabajan en un servicio de urgencias para adultos sobre la humanización y la acogida con calificación de riesgo. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo a través de un cuestionario estructurado y entrevistas semiestructuradas con 14 enfermeros. La muestra fue compuesta por enfermeros con predominio del sexo femenino (86%) con edad media de 38 años. El material de las entrevistas se analizó mediante la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** El análisis de las entrevistas fue clasificado y agrupado por características similares, extrayendo el tema de la humanización, la recepción, clasificación de riesgo y política nacional de humanización a partir de las percepciones de los entrevistados. **Consideraciones finales:** los sujetos entrevistados entienden los conceptos expandidos de recepción y humanización, sin embargo, la práctica depende de cómo se aplica, haciendo de esta actividad una subjetividad que implica en el trabajo diario.

Descriptor: Enfermería de Urgencia; Humanización de la atención; Acogimiento; Servicios médicos de urgência.

INTRODUÇÃO

O pronto-socorro (PS) é uma unidade destinada à assistência a pacientes com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde inspiram a necessidade de atendimento imediato. Sua estrutura deve estar adequada para prestar assistência em situações de urgência (casos que necessitam de atendimento rápido, porém sem risco de morte imediato) e emergência (risco iminente de morte).¹

Embora as Políticas Públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde fortaleçam a Atenção Básica à comunidade como forma de promoção à saúde e prevenção de agravos, a falta de estrutura dos serviços dos municípios enfraquece a assistência tornando os PS as “portas de entrada” do sistema de saúde. Ressalta-se que, a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)².

Nesse sentido, surge a discussão sobre humanização que procura traduzir de maneira prática o sentido de revisão paradigmática das práticas de saúde, em que as necessidades integrais do paciente passam a ser o foco, ao invés da abordagem centrada na doença.³

A humanização da assistência é entendida como um conjunto de diretrizes e princípios que afirmam a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidades; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.⁴

Em 2003 foi instituída no Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH) que traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS, incluindo os diferentes níveis de complexidade de atendimento.⁵

Nos serviços de PS, o acolhimento com classificação de risco (ACR) é colocado como uma das diretrizes específicas da PNH. É caracterizado por acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.⁶

Quando o paciente é acolhido e encaminhado para atendimento por ordem de chegada, sem o estabelecimento de critérios clínicos, a situação de superlotação dos serviços pode ser agravada, bem como a sua situação atual de saúde-doença. Para tanto, tem sido utilizado o acolhimento com classificação de risco que consiste em um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com a gravidade clínica do seu caso.⁷

O enfermeiro é o profissional indicado para classificar os pacientes de acordo com o seu estado clínico nos serviços de urgência e emergência após treinamento específico para tal função. Ele deve orientar-se por protocolos padronizados pela instituição.⁸

O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e vulnerabilidades. Deve acolher também a avaliação do próprio usuário e se responsabilizar para dar uma resposta adequada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com as ofertas do serviço. Portanto, o sucesso no atendimento oferecido depende tanto da qualidade técnica com que ele é realizado quanto da qualidade das interações entre os sujeitos que o fazem, no caso o profissional e o usuário.⁸⁻⁹

A necessidade de estudos na área de acolhimento e humanização de um Pronto-Socorro Adulto (PSA) foi decorrente de experiências vivenciadas durante a realização de estágio em um hospital situado no município do Natal, Rio Grande do Norte, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte (SESAP - RN). Nesse contexto, surge o questionamento que instiga e motiva a investigação deste trabalho: Quais as percepções dos enfermeiros que trabalham no PSA acerca da humanização e acolhimento com classificação de risco?

Dessa forma, o objeto de pesquisa constitui-se das percepções dos enfermeiros que atuam no serviço escolhido no que diz respeito às questões da problemática da pesquisa, ou seja, é representado pelo estudo da humanização e do acolhimento entendido pelo grupo de profissionais pesquisado.

Portanto, este estudo tem como objetivo geral descrever as percepções dos enfermeiros que trabalham no pronto-socorro para pacientes adultos acerca da humanização e acolhimento com classificação de risco no setor.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada por meio da coleta de informações dos enfermeiros que atuam no PSA de um hospital geral, público e estadual situado em Natal, RN, Brasil. Esse hospital foi escolhido por ser uma importante instituição de saúde com referência para atendimento de urgência e emergência na Zona Norte do município de Natal e cidades da região metropolitana, além de ser o local onde foi vivenciada a experiência que motivou o desenvolvimento desta pesquisa.

Como critérios de inclusão para sujeitos participantes da pesquisa foram adotados os seguintes: enfermeiros que trabalhavam predominantemente no PSA há mais de seis meses; e estavam, no período da pesquisa, na escala de trabalho do PSA. Foram excluídos da pesquisa os enfermeiros que não atuavam predominantemente no PSA; enfermeiros que trabalhavam no PSA, porém, no período da pesquisa não estavam na escala de trabalho do referido setor e enfermeiros que se encontravam de férias ou afastados do trabalho por quaisquer outros motivos.

Tendo em vista que o hospital apresentava 58 enfermeiros em seu quadro profissional, somente 18 estavam escalados para o PSA no período da pesquisa, que se deu nos meses de julho, agosto e setembro de 2011. Dos 18 enfermeiros, 14 enquadraram-se nos critérios de inclusão adotados e aceitaram participar do estudo constituindo o corpus amostral.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas para caracterização dos participantes do estudo. Nesse questionário, solicitou-se que o enfermeiro escolhesse um codinome em uma lista



disponível para que fosse mantido o sigilo na identificação. A lista dos codinomes foi composta de materiais e equipamentos utilizados nos serviços de urgência e emergência. Após o preenchimento do questionário, foi realizada uma entrevista semiestruturada conduzida por um roteiro pré-estabelecido.

O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo, que consiste em:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.^{10:37}

Os textos das entrevistas, após a leitura flutuante, foram agrupados por características semelhantes de acordo com os temas extraídos das falas e a seguir, confrontados com a literatura disponível.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP - UFRN) pelo parecer número 267/2011. Todos os participantes leram e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todo o processo de construção levou em consideração os preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que é responsável por aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.¹¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo e formação profissional

Quanto ao sexo, observou-se predominância de mulheres (86%). O grupo estudado apresentou característica jovem, com uma idade média de 38 anos. No que se refere ao estado civil, a maioria dos participantes (43%) eram solteiros e 64% afirmaram possuir apenas um vínculo empregatício.

A formação profissional superior deu-se, na maioria (71,42%), há mais de quatro anos e 50% da amostra possui Pós-Graduação *Latu Sensu* (Especialização). No questionamento a respeito da experiência profissional em urgência e emergência, o maior percentual ficou com a categoria entre dois a quatro anos (42,86%). Uma quantidade considerável dos entrevistados foi admitida no hospital a partir de um concurso público realizado no ano de 2008 e outro no ano de 2010, sendo o PSA o primeiro setor para o qual foram alocados, continuando até o período da pesquisa. Provavelmente, seja essa, a justificativa para o tempo de experiência profissional em urgência e emergência, apresentar frequência relativa significativa na faixa de 2 a 4 anos, com 42,86%.

Humanização sob a ótica dos participantes: reflexões sobre a prática

Com o objetivo de tornar os princípios do SUS mais operativos na prática, a PNH enfatiza que a humanização é um instrumento para a mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os profissionais e as relações sociais que envolvem o contexto do trabalho.¹²

Nesse sentido, conforme reproduzido nas falas a seguir, a humanização é entendida de diferentes formas, porém com conversão para um mesmo significado, o da valorização do ser humano.

É fazer valer alguns direitos [...] e permitir que ele seja atendido de uma forma digna e você também fornecer a melhor assistência possível. (Desfibrilador)

[...] respeitar as condições do outro, prestar atendimento com ética, escutar o paciente, dar orientações quando ele pede, acolher ele bem [...]. (Oxímetro de pulso)

No geral, são abordados os aspectos relacionados ao ser humano em publicações que tratam do conceito de humanização. Tais aspectos direcionam para percebê-lo como um ser único e insubstituível, por meio da inclusão de parâmetros sociais, éticos, educacionais e psíquicos.¹³

Foi relatada a questão dos direitos que o indivíduo possui perante as políticas públicas e legislação vigente. Ante esses direitos, é interessante destacar a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948. Esta, afirma que todos os cidadãos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, tendo, dessa forma, o direito de acesso aos serviços públicos de seu país.¹⁴

Essa temática está relacionada com o código de ética dos profissionais de enfermagem que veicula o respeito à vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. Além disso, as atividades devem ser exercidas com competência para a promoção da integralidade em todas as ações para com o ser humano, de acordo com os princípios da ética e da bioética.¹⁵ Tais ideias fazem parte do contexto da humanização enfatizado pelos profissionais entrevistados, conforme foi reproduzido nos trechos citados anteriormente.

A escuta, colocada como ponto importante, faz parte do processo de comunicação. O enfermeiro deve estar disposto a conversar e dialogar, ouvir o paciente e permitir que ele apresente as suas necessidades de saúde e/ou doença.¹⁶

A construção da humanização se dá também quando ocorre interação com base no diálogo entre o profissional e o cliente. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir. Por meio da comunicação, as identidades subjetivas são acessadas e colaboram para uma assistência de qualidade e para a valorização do paciente em sua dignidade.¹⁷

Ao falar em humanização, alguns trechos remetem para a questão da desumanização:

O próprio trabalhador não é humanizado pelas próprias condições de trabalho que eles são expostos, que eles são colocados [...]. (Laringoscópio)

Eu acho esse pronto-socorro tão desumano. (Termômetro)

A palavra desumanização apresenta um forte impacto. Ao ser analisada mais profundamente aponta para o fato de perda dos atributos humanos ou ainda, perda da dignidade, interagindo com o termo despersonalização.¹⁸

Desde a década de 50, século XX, estudos apontam vários aspectos considerados desumanizantes, dentre eles as falhas no atendimento e nas condições de trabalho. Para eles, cada indivíduo possui sua singularidade constituída a partir de uma identidade única. O profissional deve ser sensível a esse fato e não conduzir a um tratamento rotinizado, padronizado e impessoal.¹⁷

A sensibilidade é apresentada em pontos da análise do conteúdo das entrevistas:

[...] a gente por outro lado vai estar perdendo a sensibilidade ou qualquer filosofia que alimenta este desejo de estar tentando procurar trabalhar de uma forma humanizada [...]. (Laringoscópio)

[...] não adianta eu ser bem recebido, eu ser levado e mostrado onde é que eu tenho que ir, se quem vai me receber nos outros setores não está sensibilizado para isso, que é o que acontece no pronto-socorro [...]. (Ampola)

Percebe-se então que os participantes entendem o processo de humanização, porém, as condições e os fatores aos quais envolvem o contexto de trabalho muitas vezes não proporcionam um atendimento com qualidade e humanizado, conforme preconiza a PNH.

Percepções sobre o acolhimento

No que diz respeito ao acolhimento, o conhecimento tem sido, muitas vezes, limitado à forma ou a uma atitude profissional de bondade e favor, bem como a uma recepção com ambiente confortável. No entanto, em composição mais ampliada, pode ser caracterizado como a adoção de uma postura de aproximação e responsabilização durante o desenvolvimento das ações de atenção e gestão, favorecendo a confiança e o compromisso entre usuários, equipes e serviços.¹⁹

Os enfermeiros entrevistados fizeram as seguintes citações a respeito do processo de acolhimento:

É você estar atento, esclarecendo, tirar as dúvidas, recepcioná-lo bem, [...] Tentar dar uma continuidade da assistência, mas que seja resolvida a necessidade a qual ele procurou atendimento aqui no hospital. (Desfibrilador)

Receber bem e ter as condições. Não é só receber bem, porque eu posso receber bem, mas o hospital não. Então é um conjunto [...]. (Maca)

O acolhimento é mais que uma atividade de recepção no serviço encarregado a um determinado profissional ou em um local específico. Trata-se de uma técnica de conversa que pode ocorrer em qualquer momento do atendimento e que ajuda no conhecimento das necessidades que os usuários buscaram por atendimento.²⁰

Para alguns autores, o acolhimento é entendido como um espaço que visa a escuta, a identificação das necessidades a partir dos relatos sobre as queixas e o respeito às diferenças, devendo ser baseadas no diálogo e construídas relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, afastando-se um pouco do foco da doença e valorizando-se os aspectos sociais, econômicos, crenças, valores e histórias de vida.²¹

Alguns participantes afirmaram que existe acolhimento, conforme relatos abaixo:

[...] existe acolhimento de forma humanizada por parte de alguns profissionais. (Oxímetro de Pulso)

[...] a gente tem um acolhimento [...]. (Bomba de Infusão Contínua - BIC)

Percebe-se que no geral, os profissionais detêm o conceito ampliado de acolhimento e entendem que para que seja colocado em prática, vários fatores são

determinantes. Apesar de depender de vários fatores, algumas pessoas ainda tentam e conseguem prestar uma assistência de forma humanizada e acolhedora.

A Política Nacional de Humanização

Um ponto importante a ser comentado é a PNH. Esta firma um compromisso e coloca a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso com ênfase no vínculo com os usuários. Por meio dela, ocorre o estímulo ao controle social e garantia de melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho.²²

Os participantes da pesquisa mostraram pouco conhecimento em relação à PNH, como é relatado a seguir:

Eu já ouvi falar. Já li na época de faculdade e ainda me lembro um pouco. (Desfibrilador)

Eu já ouvi falar. Agora se você me perguntar sobre o que ela traz, eu não vou saber lhe dizer agora, mas eu já cheguei a ler também, de forma rápida. (Aguilha)

Nenhum dos sujeitos mostrou segurança em falar da PNH, bem como o conhecimento completo a respeito da política, ao serem questionados se conheciam a mesma. Esperava-se que, servidores de uma unidade de urgência e emergência conhecessem os aspectos relevantes da política, tendo em vista que a mesma deveria ser utilizada como instrumento de trabalho. Durante as entrevistas, foi notória a insegurança que os mesmos apresentavam ao serem questionados sobre a mesma.

A PNH aparece no cenário da assistência, como um projeto norteador de proposições e ações voltadas para a humanização dessa assistência, a partir de um diagnóstico que apontava para problemas que geravam e ainda geram insatisfações, não só por parte dos usuários, mas também de profissionais e gestores.²³

Dentre os vários instrumentos colocados pela PNH para a melhoria da assistência, os enfermeiros participantes afirmaram que na instituição existem os seguintes:

Instituíram uma classificação de risco, que o nome não é classificação de risco. O nome é acolhimento com classificação de risco, esse seria o nome correto. Mas a famosa classificação, que o acolhimento está meio distante. (Maca)

[...] nós temos a questão da ambiência, [...] esse setor aqui que tem a televisão que é para os pacientes virem assistir [...], foi implantado a classificação de risco [...]. (Ampola)

O dispositivo predominante nas citações foi à classificação de risco. Apesar da falta de conhecimento sobre a PNH, grande parte sabe que a classificação de risco é um dos instrumentos utilizados por essa política para a prática do acolhimento e da humanização.

O acolhimento juntamente com a classificação de risco objetivam receber todos os usuários que procuram a instituição através de uma escuta qualificada, responsável e resolutiva.¹²

A prática do acolhimento com classificação de risco faz parte da rotina institucional, como é reproduzido nas falas a seguir:

[...] quando o paciente chega vai ao setor do [serviço de arquivos médicos] (SAME) que é onde preenche a ficha, depois volta para a classificação onde são verificados os sinais, ele conta sua breve história ao profissional que está na classificação e logo em seguida é classificado. (Desfibrilador)

Ele é recebido primeiro na classificação, da classificação ele vai para o atendimento com o médico. Se for urgência é atendido primeiro, se não for vai ter que ficar lá numa fila esperando [...]. (Esparradrapo)

Estudo realizado em Pernambuco, identificou que em alguns hospitais a prática ainda ocorre centrada em casos de menor gravidade, com a carência de normas de atendimento específicas ao setor e com rotina de triagem elementar. Esse quadro descaracteriza a assistência aos casos de emergência, conduzindo a superlotação das unidades. Portanto, faz-se necessário o fortalecimento da estratégia de classificação de risco dos usuários por grau de risco de morte.²⁴

A partir da interpretação de algumas falas, entende-se que são necessárias ações por parte dos gestores para a melhoria das condições e da prática da PNH na instituição conforme foi citado por alguns dos entrevistados:

[...] falta colocar em prática mesmo a política. Se essa política que está no papel fosse posta em prática iria melhorar bastante. (Maca)

Eu não vejo assim, a entidade fazer um trabalho voltado para isso não. Até diz assim ah, eu trabalho isso, mas não vejo esse trabalho, uma sensibilização realmente formal [...]. Cada um faz o trabalho humanizado que entende ser humanizado. (Ambulância)

A partir da análise global dos resultados, identificou-se que os participantes do estudo entendem os conceitos ampliados de humanização e de acolhimento, porém são frágeis no que diz respeito ao conhecimento e a aplicação da PNH como instrumento de trabalho no serviço ao qual desempenham suas atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa revelou que os profissionais entendem os conceitos ampliados de humanização e acolhimento, percebendo a primeira não apenas como tratar o indivíduo que procura por atendimento bem, e sim um conjunto de vários aspectos. No que se refere ao processo de acolhimento, é perceptível que o grupo de profissionais estudado afirma que ele não está limitado apenas a receber bem, mas sim dar a garantia de uma assistência completa, resolutiva e com continuidade. A prática dos mesmos depende da forma como cada um os aplica, tornando essa atividade uma subjetividade que envolve o cotidiano profissional.

A partir da elaboração do referencial teórico para o desenvolvimento deste estudo pôde-se verificar que a PNH, criada e difundida pelo Ministério da Saúde, reafirma que os serviços devem receber aos usuários de forma humanizada e acolhedora. Entretanto, ainda existe dificuldade na implementação de tal política, pois, muitos serviços não oferecem condições para a realização da mesma e exigem também a necessidade de capacitação dos profissionais.

O enfermeiro, considerado um importante profissional de saúde e, portanto um potencial utilizador e implementador da prática do acolhimento de forma humanizada

deve possuir competências e habilidades para o trabalho em um setor de urgência e emergência. Tal serviço demanda capacitação específica e a necessidade do profissional possuir raciocínio crítico e reflexivo e ser capaz de tomar decisões imediatas.

Destarte, o estudo apresenta importância para a prática por evidenciar percepções de servidores sobre os processos de humanização e de acolhimento no contexto do trabalho em urgência e emergência. A partir dos achados deste estudo, as práticas institucionais e profissionais poderão ser aperfeiçoadas para que uma melhor atenção seja oferecida aos usuários do serviço. Estudos mais aprofundados sobre as condições, fatores que facilitam e que dificultam tais práticas poderão ser desenvolvidos utilizando como subsídio os resultados aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

1. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 out [acesso em 2011 abr 17];63(5):749-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/09.pdf>.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Bergan C, Bursztyn I, Santos COM, Tura LFR. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2009 dez [acesso em 2011 abr 17]; 30(4):656-61. Disponível em:
<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13146/7540>.
4. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2009 [acesso em 2011 maio 12];13 Supl 1:641-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>.
5. Falk MLR, Ramos MZ, Salgueiro JB. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2009 [acesso em 2011 maio 15];13 Supl 1:709-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a22v13s1.pdf>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. 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): Ministério da Saúde; 2004.
8. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2011 fev [acesso em 2011 jun 7];19(1):26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/05.pdf>.
9. Lazzari DD, Jacobs LG, Jung W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 jan-abr [acesso em 2013 mar 13];2(1):116-24. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3705/3133>.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996. [acesso em 2011 jun 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html.
12. Andrade MAC, Artmann E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. Cienc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 2011 out 1];16 Supl 1:1115-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a43v16s1.pdf>.
13. Casate JC, Corrêa AK. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jun 26];46(1):219-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>.
14. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. UNIC/Rio; 2000 [acesso em 2011 jun 12]. Disponível em: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersolInternet.pdf.
15. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro; 2007 [acesso em 2011 out 2]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>.
16. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jun 26];33(4):181-90. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/25239/23971>.
17. Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 jun [acesso em 2011 out 1];15(2):306-13. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/vol15jun2/05ARTIGOS/11/v15n2a11.pdf.
18. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2011 [acesso em 2011 out 2];24(3):414-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>.
19. Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 set [acesso em 2011 out 2];15(3):524-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eaa/v15n3/a12v15n3.pdf>.
20. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 jul-set [acesso em 2011 out 2];10(3):585-97. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>.
21. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2008 mar [acesso em 2011 maio 15];17(1):81-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09.pdf>.
22. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [acesso em 2011 out 2];10(3):561-71. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>.



23. Garcia AV, Argenta CE, Sanchez KR, Thiago MLS. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis* [Internet]. 2010 [acesso em 2011 out 2];20(3):811-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a07.pdf>.
24. Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 ago [acesso em 2011 out 2];26(8):1508-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/05.pdf>.

Data de recebimento: 20/03/2013

Data de aceite: 22/08/2013

Contato com autor responsável: Alcides Viana de Lima Neto

E-mail: alcides.vln@gmail.com

Endereço: Rua Santo Antônio, 09, Casa, Centro, Coronel João Pessoa, Rio Grande do Norte, Brasil, CEP: 59930-000.