



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
ARLINE DE JESUS SIQUEIRA**

**ENFERMEIRO: ATENDIMENTO HUMANIZADO EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Arline de Jesus Siqueira

**ENFERMEIRO: ATENDIMENTO HUMANIZADO EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof^a. Orientadora: Ms. Mariana Ferreira
Alves de Carvalho

Ariquemes - RO
2019

Arline de Jesus Siqueira

<http://lattes.cnpq.br/1908615779487589>

ENFERMEIRO: ATENDIMENTO HUMANIZADO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora: Ms. Mariana Ferreira Alves de
Carvalho

<http://lattes.cnpq.br/4163671837709167>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Esp. Jéssica de Sousa Vale

<http://lattes.cnpq.br/9337717555170266>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Esp. Kátia Regina Gomes Bruno

<http://lattes.cnpq.br/8136021782733603>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes/RO, 30 de Setembro de 2019.

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

SI618e	SIQUEIRA, Arline de Jesus. Enfermeiro: atendimento humanizado em urgência e emergência. / por Arline de Jesus Siqueira. Ariquemes: FAEMA, 2019. 46 p.; il. TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Profa. Ma. Mariana Ferreira Alves Carvalho. 1. Enfermagem em emergência. 2. Humanização da assistência. 3. Socorro de urgência. 4. Emergências. 5. Atendimento. I Carvalho, Mariana Ferreira Alves . II. Título. III. FAEMA.
	CDD:610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

*À Jesus Cristo, por ser minha
fortaleza e traçar planos abençoados
para a minha vida.*

*À minha mãe Rita Rosa e suas
orações, que foram primordiais para
que eu chegasse até aqui.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por segurar a minha mão e me ajudar a enfrentar todas as dificuldades vividas no decorrer desses 5 anos.

À minha mãe, pelo apoio em todos os momentos e ajuda com suas orações, sendo meu exemplo de vida.

Às minhas irmãs, que são meu refúgio e minha fortaleza, e sempre me impulsionaram para que esse sonho se realizasse.

À Joicy Ribeiro, que me acompanhou e apoiou sem medir esforços para me acalmar e oferecer ajuda quando mais precisei, tornando essa trajetória mais alegre.

Ao meu namorado Caio Fuza, que independentemente do momento sempre esteve ao meu lado.

A minha orientadora Mariana Ferreira Alves de Carvalho, pela dedicação e disposição, pois mesmo que por um curto período, me auxiliou durante todas as etapas deste trabalho.

*“Mais do que máquinas precisamos de
humanidade. Mais do que inteligência precisamos
de afeto”. Charlie Chaplin (1889-1977)*

RESUMO

A humanização é fundamental nas políticas públicas destinadas à saúde, ela passa pela valorização de todos os sujeitos do processo de produção em saúde e possibilita melhorias na qualidade do atendimento. Os serviços de urgência e emergência, pela complexidade do atendimento, demandam maior dedicação no processo de cuidado em saúde; porém, implicam em maior dificuldade na implementação de práticas humanizadas, visto que a demanda por técnica e agilidade, leva o profissional a agir de modo mecânico e biologicista. Desta forma, o objetivo é discorrer sobre o profissional enfermeiro como articulador da Política Nacional de Humanização nos atendimentos de urgência e emergência. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, fundamentada através de artigos científicos, publicações periódicas, revistas eletrônicas, publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos Manuais do Ministério da Saúde, Scielo, MEDILENE, LILACS e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon. Concluiu-se, que atitudes humanizadas nos atendimentos de urgência e emergência, passam pela compreensão do papel da enfermagem na garantia do cumprimento do que preconiza a Política Nacional de Humanização no cotidiano dos serviços. Por fazer parte de todo o processo, o enfermeiro, pode assegurar um atendimento mais humanizado, quando realiza a escuta de forma qualificada e garante o acolhimento em todas as suas dimensões (incluindo, a triagem com classificação de risco). Através de suas atribuições, o enfermeiro coloca em prática as diretrizes da política de humanização como: ambiência, acolhimento, gestão e garantia dos direitos do usuário.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência; Humanização da Assistência; Socorro de Urgência.

ABSTRACT

Humanization is fundamental in public policies aimed at health, it involves valuing all subjects of the health production process and enables improvements in the quality of care. The urgency and emergency services, due to the complexity of care, demand greater dedication in the health care process; However, they imply greater difficulty in the implementation of humanized practices, since the demand for technique and agility, leads the professional to act in a mechanical and biologicist way. Thus, the objective is to discuss the professional nurse as articulator of the National Humanization Policy in urgent and emergency care. The methodology used was bibliographic research, based on scientific articles, periodicals, electronic magazines, published in the Virtual Health Library (BVS) databases, Ministry of Health Manuals, Scielo, MEDILENE, LILACS and the Library collection. Julio Bordignon. It was concluded that humanized attitudes in urgency and emergency care include understanding the role of nursing in ensuring compliance with what the National Humanization Policy advocates in the daily routine of services. As part of the whole process, the nurse can ensure a more humanized care, when performing the listening in a qualified manner and ensures the reception in all its dimensions (including screening with risk classification). Through their duties, the nurse puts into practice the guidelines of the humanization policy such as: ambience, reception, management and guarantee of user rights.

Keywords: Emergency Nursing; Humanization of Assistance; Emergency help.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Componentes da RUE e suas interfaces20

Figura 2 Classificação de risco24

Figura 3 Composição espacial: Eixo vermelho.28

Figura 4 Composição espacial: Eixo azul29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Riscos
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CEPE	Código de Ética do Profissional de Enfermagem
CF-88	Constituição Federal de 1988
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FN/SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
PFST	Programa de formação em saúde e trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciElo	Scientific Eletronic Library Online
SMCR	Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR)
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)	16
4.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE).....	19
4.2.1 Protocolo de Acolhimento	20
4.2.2 Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST)	25
4.2.3 Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva	26
4.2.4 Ambiência	27
4.3 ENFERMAGEM E O ATENDIMENTO HUMANIZADO.....	30
4.3.1 O Enfermeiro como Promotor da Humanização em Urgência e Emergência na perspectiva do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)	33
4.3.2 O Enfermeiro como Promotor da Humanização em Urgência e Emergência na Perspectiva da Ambiência	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

A humanização da assistência de enfermagem é um assunto de fundamental relevância quando se trata de políticas públicas destinadas à saúde (LIMA et. al., 2007). Para Duarte e Noro (2010), humanizar é oferecer atendimento de qualidade, possibilitando conciliar avanço tecnológico e acolhimento. De acordo com os autores, práticas humanizadas garantem os princípios do Sistema Único de Saúde que são: universalidade, equidade e integralidade (SUS)¹.

O Ministério da Saúde (MS), vê a humanização como o reconhecimento dos sujeitos que compõem o processo de produção de saúde, visando mudanças na lógica do atendimento em enfermagem e objetivando um atendimento mais qualificado. Humanizar, se faz cada vez mais necessário, em especial quando se refere à urgência e emergência, em razão das peculiaridades dessa área de atuação. (BRASIL, 2004)

Emergência define-se por ser uma circunstância onde há um prejuízo à saúde, que exige intervenção médica imediata; enquanto urgência, é uma forma de classificação para casos em que há risco de vida. O MS, define Urgência e Emergência como sendo a área da atenção destinado ao suporte à vida e caracteriza-se pelo atendimento à pacientes que se encontram em situações agudas com dor intensa e/ou risco iminente de morte (BRASIL, 2004). Em um hospital, o pronto socorro, é uma das áreas com maior complexidade na assistência e maior fluxo de atividades e usuários.

O acolhimento em urgência e emergência, é uma ação que requer habilidade e preparo por parte de toda a equipe multiprofissional, pois, demanda habilidade profissional, assistência imediata, amplo conhecimento técnico, emprego de recursos

¹De acordo com Brasil (2017), São princípios do SUS a universalidade, a equidade e a Integralidade. **Universalidade** diz respeito a saúde como sendo um direito de cidadania de todas as pessoas, sendo dever do estado garanti-lo. **Equidade** tem por objetivo diminuir a desigualdade. Por entender que as pessoas não são iguais e possuem necessidades distintas, é preciso tratar desigualmente os desiguais para garantir que todos possam fazer valer seu direito ao acesso a saúde. **Integralidade** considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

tecnológicos associados à agilidade necessária para casos graves. Esta dinâmica de trabalho, por vezes, induz o profissional a colocar-se de maneira mais impessoal, dificultando a atuação de forma humanizada (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013; ALMEIDA; PIRES, 2007).

A humanização no processo de promoção à saúde, se expressa através do acolhimento, sendo também uma forma de conduzir os processos no trabalho, de modo a acolher universalmente todos os indivíduos que buscam atendimentos nos serviços de saúde, com uma postura capaz de ouvir com atenção o paciente, identificando suas necessidades e o orientando da maneira mais adequada. Ou seja, é mais que uma triagem de qualidade ou uma escuta interessada, é uma série de atividades formadas pela escuta, identificação do problema e intervenção para o enfrentamento do problema (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

Acolher e encaminhar o paciente para a área clínica adequada, é uma das atribuições do enfermeiro, como também, é este profissional, o responsável por supervisionar o fluxo de atendimento e coordenar o restante da equipe. Sendo então necessário, ao profissional de enfermagem, um conjunto de conhecimentos, capacidades e aptidões que o qualifiquem para prestar um atendimento em situações de urgência e emergência de forma humanizada (MOURA et. al., 2014).

O atendimento de urgência e emergência, em virtude da complexidade, exige maior dedicação nas ações de acolhimento. O enfermeiro, por ser responsável em receber os pacientes, deve tomar para si a responsabilidade de escutar o paciente e orientar sua conduta visando assegurar os princípios de integralidade e universalidade. Considerando, que suas ações, devem ir além da visão biologicista, devem ser medidas integradoras que entendem as multiplicidades dos seres, tendo ciência que, por mais que a prática em urgência e emergência exija agilidade e eficiência, ela também precisa acontecer valorizando a subjetividade de cada um (DURO et. al., 2014).

Visando garantir o direito que todo cidadão tem de receber atendimento público de qualidade na área da saúde, o MS, elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), este programa possuía como referencial a busca por humanização nas práticas em saúde e tinha como objetivo melhorar a qualidade no atendimento. Em 2003, houve a ampliação do PNHAH e ele passou a ser uma política de saúde (BRASIL, 2013).

Com a ampliação do PNHAH, em 2003, surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de humaniza-SUS, que não é mais apenas um programa, ela é uma política pública que possui como propósito humanizar o atendimento. A PNH, objetiva efetivar, no cotidiano, os princípios do sistema único de saúde dentro das práticas de atenção e gestão, garantido a qualidade da saúde pública no Brasil e promovendo a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores, pois ela enxerga que, acolher, é reconhecer a singularidade de cada ator (BRASIL, 2013).

Voltada para o serviço de urgência e emergência, a política de humanização, diz que o acolhimento é fundamental para a avaliação do estado de saúde do paciente. Na humaniza-SUS, a classificação de risco é vista como uma estratégia de gestão nos serviços de urgência e é tida como fundamental para a humanização no atendimento. Tal processo de trabalho, busca a identificação do nível de gravidade (risco) do cliente, considerando dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, para orientar, priorizar e decidir os encaminhamentos que se fazem necessários para a resolução dos problemas. Assim, contribuindo para o acolhimento qualificado, pois, reduz o tempo de espera, prioriza os pacientes de acordo com quadro clínico, reduz a ansiedade e aumenta a satisfação de usuários e profissionais (BRASIL, 2009).

No atendimento em urgência e emergência, a PNH objetiva garantir a qualidade na escuta dos problemas de saúde dos pacientes, respondendo de forma positiva e buscando a resolução de problemas (CAVALCANTE et. al., 2013).

Portanto, tendo em vista os desafios de exercer práticas humanizadas nos serviços de urgência e emergência, onde há uma demanda do profissional por técnica e agilidade, fazendo com que, muitas vezes, o profissional acabe agindo de forma mecânica e olhando o usuário apenas do ponto de vista biologicista; assim como, a importância da humanização no atendimento prestado pelos profissionais de enfermagem e considerando a Política Nacional de Humanização como ferramenta norteadora para as práticas em saúde pública; o presente trabalho busca discorrer sobre o profissional enfermeiro como articulador da PNH nos atendimentos de urgência e emergência.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre o profissional enfermeiro como articulador da Política Nacional de Humanização nos atendimentos de urgência e emergência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a Política Nacional de Humanização;
- Caracterizar as ações e atitudes de humanização na Rede de Urgência e Emergência;
- Relacionar atribuições do enfermeiro aos processos de implantação e implementação da humanização em atendimento de urgência e emergência.

3 METODOLOGIA

Pesquisa de revisão de literatura buscou falar sobre o enfermeiro como articulador da Política Nacional de Humanização nos atendimentos de urgência e emergência.

A seleção de artigos foi feita nas Bases de Dados em Ciências da Saúde Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e no acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Enfermagem em Emergência; Humanização da Assistência; Socorro de Urgência. Utilizados de forma isolada ou combinados entre si com o uso do operador “and”. Revisou também, a literatura elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) referente aos temas e a Política Nacional de Humanização, focalizada nos serviços de emergência. Utilizou-se para esta revisão 53 artigos (84,13%) e 09 documentos do Ministério da Saúde (15,87%).

Os critérios para seleção dos artigos foram relacionar-se com os objetivos do trabalho, em especial, no processo de acolher e identificar o risco. Dentro do período de estudo de 2003 a 2018, nos idiomas português e inglês. As produções científicas mais antigas, a partir de 2003, se fizeram necessárias, por se tratarem de referências científicas, cujas informações não foram obtidas em produções mais recentes. Foram excluídos artigos veiculados fora do período selecionado para a pesquisa, e que as produções científicas encontradas que não atenderam aos objetivos do trabalho.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH), tem como a finalidade de humanizar o atendimento, conhecida pela sigla PNH e também denominada de Humaniza-SUS, foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003. Ela coincide com os princípios doutrinários dos SUS que são: universalidade, integralidade e equidade. Os mesmos conferem legitimidade ao SUS e propõe como objetivo geral aplicar a promoção de saúde no cotidiano do atendimento (SOUZA; MENDES, 2009).

A política de humanização, visa reorganizar os processos de trabalho em saúde propondo transformações nas relações sociais envolvendo trabalhadores, gestores e usuários. A Humaniza-SUS, apoia-se em um conjunto de princípios e diretrizes que garantem a efetivação da humanização no dia a dia das práticas de promoção à saúde (BRASIL, 2004).

Os princípios da política de humanização são:

- Inseparabilidade entre clínica, política e gestão dos processos de produção de saúde;
- Transversalidade da humanização;
- A melhora na comunicação nas equipes multidisciplinares, ampliando a relação, permitindo assim, mudanças nas práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Suas diretrizes, são parâmetros que orientam a ação da política de humanização de acordo com orientações clínicas, éticas e políticas. Dentro destas diretrizes estão:

- A gestão participativa e a cogestão;
- Clínica ampliada e compartilhada;
- Valorização do trabalhador e a defesa dos direitos do usuário;
- O acolhimento;

- A ambiência (BRASIL; 2004).

Para a PNH, a cogestão advém da inclusão de novos sujeitos no processo de decisão e na ampliação de tarefas. Para isso, a organização e experimentação de rodas de discussão, funciona como uma importante ferramenta para orientação dentro da gestão participativa. Nestas rodas, há a comunicação entre as diferenças, que gera articulações e que facilita modificações na prática de gestão e atenção em saúde. A gestão, no ponto de vista da humanização, é caracterizada pela formação de um ambiente coletivo de tomada de decisões, possibilitando um consenso entre todos os sujeitos envolvidos e garantindo a participação ativa de todos no cotidiano dos serviços de promoção à saúde (BRASIL, 2004).

As discussões oriundas da política de humanização, potencializam um trabalho mais saudável nos serviços do SUS e em momentos em que se produz conhecimentos coletivos; permitindo a elaboração de ferramentas que possibilitam a análise das condições que geram sofrimento e adoecimento (BRASIL, 2011).

A clínica ampliada visa cooperar com a abordagem do adoecer e do sofrimento, levando em consideração a individualidade de cada sujeito e a delicadeza do processo de adoecer, enfrentando a fragmentação dos conhecimentos e ações de saúde. Ela se concretiza no emprego de recursos que possam possibilitar a melhora dos diagnósticos e a qualidade dos diálogos. Permitindo assim, as decisões compartilhadas, compromissadas e com autonomia (BRASIL, 2004; DO NASCIMENTO ARAÚJO; NUNES, 2014).

A valorização do trabalhador, na perspectiva da humanização, passa por inclui-los no processo de gestão, valorizando suas habilidades de analisar, decidir e qualificar os processos de trabalho. Já a defesa dos direitos dos usuários, é decisiva no humanizar, pois, é sabido que estes direitos são garantidos por lei. A informação sobre a condição de saúde é um direito de todos os indivíduos. O usuário, tem direito a uma equipe de profissionais qualificados que preste cuidado a ele, e cabe ao estado, fazer valer este direito garantido por lei (BRASIL, 2013).

Na Humaniza-SUS, foi elaborado uma gama de ferramentas para serem requisitadas no cotidiano de promoção de saúde (PASHE; PASSOS, 2008).

Os principais dispositivos da política de humanização são:

- Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR);
- Programa de formação em saúde e trabalho;
- Equipes de referência e de apoio matricial;
- Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva;
- Projeto de ambiência;
- Direito de acompanhante e visita aberta;
- Construção de processos coletivos de monitoramento e avaliação das atividades humanizadas (PASHE; PASSOS, 2008).

A PNH, em sua visão de ambiente, abrange fatores individuais, familiares, amigos, escola, trabalho e a comunidade em geral. Nesta concepção de ambiente, um membro da família (da rede social) presente, é essencial para acompanhar a pessoa que está internada e também desenvolver o papel de cuidador leigo (BRASIL, 2007).

Na perspectiva de saúde ampliada, cuidar, é um conceito abrangente que, transcende os tratamentos biomédicos, neste aspecto, cria-se um ambiente que possibilite que a pessoa hospitalizada descubra ou redescubra o sentido e valor das experiências com as pessoas que a rodeiam (NASCIMENTO ARAÚJO; NUNES, 2014).

A construção de processos coletivos de monitoramento e avaliação das atividades humanizadas, são propostos que objetivam alcançar os diferentes níveis de organização da rede de serviços, com a finalidade de garantir a humanização, que é o princípio transversal da PNH (BRASIL, 2009).

O monitoramento e avaliação devem, então, contar com indicadores que reflitam os eixos norteadores da PNH, representando as situações desejadas, enquanto processos desencadeados e seus resultados esperados e alcançados (BRASIL, 2009).

4.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS), publicou a portaria nº 1.600 que institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que objetiva a ampliação e a qualificação das práticas de humanização em urgência e emergência.

A portaria estabelece Diretrizes, considerando os seguintes aspectos:

“Saúde como direito social e de cidadania; a importância de se trabalhar dentro de uma visão ampliada de saúde; o atendimento aos usuários com quadros agudos; o entendimento de que, para organizar uma rede que atenda aos problemas de saúde dos usuários na área de urgência, é crucial levar em consideração o perfil epidemiológico no Brasil, o alto custo socioeconômico, além do sofrimento enfrentado por pessoas que sofrem acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares; o dever de prestar a atenção de qualidade à saúde de toda população brasileira, abarcando o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências” (BRASIL. PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011, p. 01).

As diretrizes da RUE são:

“Universalidade, equidade e integralidade no cuidado a todas as situações de urgência e emergência; ampliação do acesso; formação de relações horizontais; classificação de risco; regionalização da saúde e atenção territorial; humanização da atenção; organização na maneira de trabalhar através de equipes multidisciplinares; práticas clínicas cuidadoras; centralidade nas necessidades de saúde da população; qualificação da atenção e da gestão; institucionalização da prática de monitoramento e avaliação; articulação Inter federativa; participação e controle social; fomento, gerenciamento e execução de projetos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situação de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; qualificação da assistência por meio de educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores” (BRASIL, 2013, p. 13).

A RUE é formada por muitos pontos de atenção, pois, atende os mais variados tipos de condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental e etc.) e seus componentes devem trabalhar de forma integrada, conforme demonstra o eixo da figura 1, o atendimento qualificado com o acolhimento, informação e a regulação do acesso, que são componentes fundamentais da RUE (BRASIL, 2013).

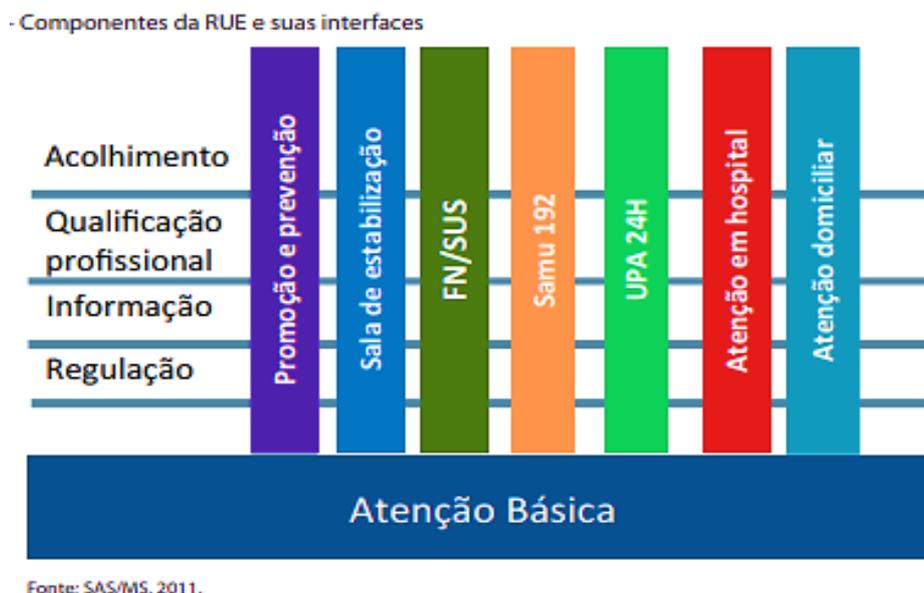


Figura 1 Componentes da RUE e suas interfaces

FONTES: (BRASIL, 2013)

4.2.1 Protocolo de Acolhimento

Acolhimento é entendido como um conjunto de ações de intervenção que estabelecem uma análise dos processos de trabalho em saúde focando nas relações, pressupondo mudanças no convívio dos usuários através de parâmetros técnicos de humanidade e solidariedade, entendendo o usuário como parte ativa e participante nos processos de promoção de saúde (BRASIL, 2010).

A noção tradicional, entende acolher apenas como um problema de recepção e demanda. Na ótica tradicional, o acolhimento restringe-se a uma atitude voluntária de bondade/favor por parte dos profissionais, se configurando em uma recepção administrativa, que faz a triagem e seleciona quem será atendido pelo serviço naquele momento (SOUZA et. al., 2008).

O acolhimento vem de uma longa trajetória dentro dos mais diversos serviços ofertados pelo SUS, toda esta caminhada, contribuiu para os saberes acumulados e a visão ampla sobre acolhida que existe hoje (BRASIL, 2010).

O ACCR auxilia na organização da fila e prioriza as emergências, pois, organiza por nível de risco a vida e intensidade de dor, assim, os usuários são atendidos conforme seu estado e prioridade para o atendimento e não por ordem de chegada (BRASIL, 2011).

Esse processo, não deve se restringir à administração de recepção e demanda, o acolhimento deve seguir o que preconiza as diretrizes da PNH: clínica ampliada, cogestão, ambiência, valorização do trabalho em saúde e garantia dos direitos do usuário (BRASIL, 2009).

Para a PNH, acolher, é uma das principais diretrizes e tem relevância política ética e estética. Política, pois, envolve o compromisso coletivo em envolver-se em um trabalho de aproximação, estabelecendo uma postura de inclusão, de forma a estimular o protagonismo nos diferentes encontros. Ética, pois, reconhece a singularidade e a subjetividade, dores, alegrias, diferenças, modo de viver e sentir. E estética, pois, diz respeito às estratégias nas relações e encontros, com a finalidade de promover a dignificação da vida e do viver na construção da humanidade (VERDI; FINKLEN; MATIAS, 2015).

No cotidiano dos serviços de urgência e emergência, é comum a convivência com grandes filas, em que pessoas disputam o atendimento. Quando não há a distinção de risco ou grau de sofrimento, há alguns casos que acabam se agravando na fila de espera, podendo levar pessoas a óbito pela ausência de atendimento dentro do tempo adequado (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Esta configuração no atendimento, com excesso de trabalho, privilegia a produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise de resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob a responsabilidade dos profissionais. A sobrecarga profissional, leva a não realização da avaliação dos métodos de trabalho e não intervenção para mudá-los (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

Nessa concepção, muitos serviços se dão de forma não humanizada para desenvolver seu trabalho no cotidiano. Privilegiando a patologia ou agravo a saúde e não o indivíduo com suas necessidades, transferindo o problema e não assumindo a responsabilidade (CAVALCANTE et. al., 2013).

A PNH preconiza que, no atendimento cotidiano, deve-se objetivar certos aspectos como: a melhoria do acesso dos usuários; mudanças nas relações entre profissionais e usuários; o aprimoramento do trabalho em equipe (integrando através de comunicação efetiva, considerando que cada habilidade profissional possui importância no atendimento ao paciente); a elevação da responsabilização dos profissionais (elevando o grau de vínculo); a intersetividade no indivíduo além da patologia; a pactuação do usuário da resposta possível a sua demanda (BRASIL, 2009; GUERRERO et. al., 2013).

O ACCR, é uma ferramenta de extrema importância em urgência e emergência, pois, além de organizar a fila de espera, superando a organização por ordem de chegada; garante o atendimento imediato dos pacientes com grau de risco elevado; informa o possível tempo de espera aos usuários sem risco imediato; estimula o trabalho em equipe, pois, há uma avaliação contínua; garante melhores condições de trabalho pelo debate sobre a ambiência e a efetivação do trabalho humanizado; aumenta a satisfação dos usuários e incentiva a relação interna e externa com a rede de atenção (TOMBERG et. al., 2013).

O acolhimento, como um recurso técnico-assistencial, leva ao pensamento reflexivo e a mudança no modus operandi da assistência, pois, cria indagações com relação a clínica do trabalho em saúde e questiona os modelos de atenção, gestão e o acesso aos serviços (CAVALCANTE et. al., 2013).

Porém, a classificação de risco por si só não garante a melhoria da assistência em urgência e emergência, visto que uma unidade de urgência e emergência, engloba demais locais de uma unidade hospitalar. Isso implica que, todos os processos de trabalho de um setor, influenciarão nos processos do pronto socorro e vice e versa, e esta relação se estende para fora do hospital (TOMBERG et. al., 2013).

Por este motivo, é necessário que haja relações internas e externas que assegurem a viabilidade do processo, desenvolvendo fluxos claros por grau de risco e os arranjando na rede de atenção. A classificação de risco não captura os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais. Estes elementos, por sua vez, são fundamentais para a eficácia da avaliação de risco e vulnerabilidade de cada pessoa. Assim, a classificação de risco não faz com que sejam dispensadas atitudes como a

interação com o usuário, o diálogo, a escuta qualificada e o respeito, em suma, o acolhimento como um todo (BRASIL, 2009).

A construção de um protocolo para avaliação de risco, deve acontecer a partir de protocolos existentes, levando em consideração a literatura vigente, mas adaptando-se ao perfil e ao contexto de inserção da rede de saúde em questão (BRASIL, 2009). Para a construção e análise do fluxograma (protocolo) de atendimento em urgência e emergência, a PNH sugere que se leve em consideração fatores como:

- Capacidade adequada ao número de atendimentos diários a serem prestados nesta unidade;
- Observar o horário de pico de atendimentos, fluxos da unidade, presença de usuários, articulação das equipes;
- Analisar as redes de acesso aos diferentes níveis de complexidade;
- Observar o tipo de demanda, necessidade dos usuários e perfil epidemiológico local (BRASIL, 2017).

Outra forma de Classificação de Risco em unidades de atendimento de urgências e emergências é o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), determina que a classificação ocorra em até 10 (dez) minutos da chegada do cliente ao serviço de saúde. Ela considera a queixa principal, para orientar o profissional em um fluxograma onde a clínica do paciente, determina sua prioridade no atendimento. Esse fluxograma orienta a busca, de acordo com as respostas do paciente, dando o grau de risco clínico. Esse grau de risco, é descrito por cores que determinam a prioridade o atendimento e o tempo máximo, da seguinte forma: Vermelha (emergência, atendimento imediato); Laranja (muita urgência, ≤ 10 minutos); Amarela (Urgência, ≤ 60 minutos); Verde (Pouca urgência, até ≤ 120 minutos); Azul (Não Urgentes, ≤ 240 minutos) (ANZILIERO et al., 2016).

Em uma pesquisa de campo realizada onde implantou o SMCR na rede pública de atendimento às urgências e emergências na região metropolitana de São Paulo, mostrou os benefícios dessa implantação, sendo, a padronização e reorganização do fluxo e dos processos de trabalho, e também para o aprimoramento da produção de cuidado (SACOMAN et al., 2019).

Levando em consideração que, o ACCR considera o grau de risco, a classificação é feita conforme demonstrado na figura 2:



Figura 2: Classificação de Risco

FONTE: SERVIN et. al. (2010)

A classificação de risco é desempenhada pelo enfermeiro, que pode ser entendido como a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e cuidados de enfermagem. Deve-se levar em consideração o potencial de risco do paciente, aplicando o protocolo de classificação de risco, observando a intensidade do agravo à saúde (ANTUNES; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

Para realizar avaliação e classificação de risco, o enfermeiro segue certos critérios da avaliação como: apresentação usual da doença; sinais de alerta (febre

alta, palidez cutânea, desmaio, choque ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor); queixa principal; nível de saturação de oxigênio; sinais vitais; escala de dor; escala de Glasgow; idade; dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental e etc.); medicação em uso; doenças preexistentes; início, evolução e tempo da doença. Mesmo após a avaliação inicial, é necessário que haja a reavaliação constante do quadro do paciente, sendo possível a mudança de classificação (SILVA et.al., 2014).

4.2.2 Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST)

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), promove um espaço de formação, que tem como base a comunicação entre equipes de atuação no processo de produção de saúde, considerando a importância de cada conhecimento da equipe multidisciplinar (saberes da vivência dos trabalhadores no exercício da função cotidianamente e saberes formais e advindos do meio acadêmico) (BRASIL, 2011).

Esta proposta, leva todos a pensarem juntos e incorporar o conhecimento compartilhado ao fazer cotidiano, criando assim, uma análise coletiva do trabalho. A esta nova maneira de se relacionar, que promove o diálogo crítico entre as diversas formas de saberes (acadêmicas e das práticas cotidianas), denominou-se Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) e ela, está inserida no PFST (BRASIL, 2011).

Na CAP, é possível que todos os trabalhadores, com ou sem formação acadêmica, possam construir um diálogo proveitoso com os diferentes ensinamentos científicos. Assim, cada trabalhador que participa da PFST, torna-se, um multiplicador. Cada integrante, à sua maneira, apreende criticamente os conceitos e descobertas científicas, encaixando os estudos à sua realidade de trabalho e compartilhando suas descobertas e vivências em suas participações na CAP (BRASIL, 2004).

Assim sendo, o saber construído nas CAP's, envolvendo experiências de trabalho e ensinamentos científicos, se somam a outros conhecimentos já

construídos, isso causa uma percepção e interpretação da vida no trabalho, compreendendo melhor as causas de acidentes, doenças e mortes ocorridas no ambiente de trabalho (BRASIL, 2004).

4.2.3 Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva

O Projeto Terapêutico Singular (PST), é composto por condutas terapêuticas, planejadas para uma pessoa, uma família ou um grupo. Elas são elaboradas, a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (PINTO et. al. 2011).

Já o Projeto de Saúde Coletiva, é uma forma mais ampla de enxergar a saúde, estabelecendo uma medicina social. Diferente da medicina tradicional, onde sua atuação foca no indivíduo, tanto na prevenção como no tratamento, a saúde coletiva (medicina social), estabelece uma articulação mais abrangente, onde o objetivo é prevenir o desenvolvimento de patologias e problemas de saúde. Para isso, se estabelece projetos sanitários, sempre de acordo com a cultura, a economia e as necessidades de cada região (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

As equipes de referência e de apoio matricial, fazem parte de uma reformulação do atendimento e da forma de atendimento integral dos agravos a saúde. Elas estabelecem novos padrões de relacionamento entre os profissionais da saúde e usuários. Pois, entendem, que o padrão em que se dá as relações são, em grande parte, decorrentes do estilo do gerenciamento estrutural das instituições (BRASIL, 2007).

Essas equipes, são arranjos, que apresentam características de transversalidade, garantindo um atendimento onde há a mutualidade das diversas especialidades e membros da equipe. A inexistência de equipe de referência, leva a vulnerabilidade do serviço, pois, o paciente se torna incumbência de todos da equipe e simultaneamente de nenhum dos colaboradores. Os profissionais tendem a preocupar-se, cada um, com sua parte. É como se não houvesse uma ligação, como se o usuário pudesse ser fatiado em pedaços e reduzido a diagnósticos (CAMPOS et. al., 2014).

Elas propõem um novo sistema de relação entre profissionais e usuários. Essas equipes, seguem uma composição multiprofissional com aspecto transdisciplinar (BRASIL, 2004).

A criação de métodos coletivos de monitoramento e avaliação das atividades humanizadas, tem como ponto de partida os princípios, conceitos e dispositivos da PNH e a humanização é ponto referencial para o planejamento, monitoração e avaliação (BRASIL, 2009).

4.2.4 Ambiência

A ambiência consiste no cuidado dado ao espaço físico. Segundo a PNH, o espaço físico é o espaço social e profissional, onde se estabelecem as relações interpessoais. Este espaço deve ser acolhedor, resolutivo e humano (BRASIL, 2004).

A facilitação da visita, propicia a garantia do elo entre o paciente, com pessoas da sua convivência, considerando sua singularidade no processo do cuidar, e a articulação com o sistema de saúde, mantendo possível o projeto de vida do paciente (BRASIL, 2007).

Ela é outro ponto importante na humanização nos serviços de urgência e emergência. A ambiência é entendida como a promoção da reinvenção do espaço físico no ambiente de promoção à saúde e não se separa da promoção de saúde e da produção de subjetividade (BRASIL, 2009).

A PNH entende o espaço como sendo território em que se habita, em que se vivencia, em que se convive e se relaciona. Neste espaço, há encontros entre pessoas e protagonismo dos sujeitos que o vivenciam. A articulação entre ambiência e as diretrizes de acolhimento em urgência e emergência, acontecem, à medida que, ao recriar os espaços físicos, estas mudanças favorecem a problematização das práticas e dos processos que se realizam neste ambiente. Em outras palavras, interferências nos espaços físicos, favorecem problematizações nas práticas, processos de trabalho, relações e convívio nestes locais (COSTA et. al., 2015).

A classificação de risco está diretamente ligada à orientação da ambiência, pois, ela que direciona a gestão e a atenção, demandando outras maneiras de organizar o processo de trabalho. Na organização do ambiente, a PNH sugere a composição espacial por eixos e áreas de acordo com o nível de risco do paciente (DAL SASSO, 2013).

Segundo a proposta, devem existir pelo menos dois eixos, o eixo vermelho (figura 3), para os usuários com elevado risco de vida e o eixo azul (figura 4), para casos de menor complexidade, embora, ainda precisem ser atendidos nos serviços de urgência. Cada eixo engloba diferentes áreas, conforme a condição do usuários, a fim de estabelecer maneiras de organizar o atendimento (BRASIL, 2009; DAL SASSO, 2013).

O eixo vermelho, como dito, relaciona-se à clínica de pacientes em elevada complexidade, existindo risco a vida. O eixo vermelho é dividido em três áreas: a vermelha, a amarela e a verde (BRASIL, 2009; DAL SASSO, 2013).

EIXO VERMELHO

Área Vermelha:

- É nesta área que está a sala de emergência, para o atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos invasivos.

Área Amarela:

- Composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos).

Área Verde:

- Composta pelas salas de observação, que devem ser divididas pelo sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.
-

Figura 3 Composição espacial: Eixo vermelho

FONTE: BRASIL, 2009.

Dentro das salas, as questões estruturais são de fundamental importância. Nas áreas amarela e verde, por se tratarem de ambientes onde os pacientes passam um tempo mais prolongado, é importante que haja atenção às questões relativas ao som, cheiro, cor, iluminação. Na área vermelha, também é importante que haja atenção a

estes elementos e também é fundamental que o posto de enfermagem possa ter uma visão ampla dos leitos desta área (BRASIL, 2009).

O eixo azul é destinado a pacientes não graves e o arranjo dos espaços deve propiciar a classificação do grau de risco e o acolhimento dos pacientes, o mesmo é dividido em três planos (espaço de acolhimento, consultórios médicos, e a áreas de procedimentos) o mesmo é demonstrado na figura 4 (BRASIL, 2009).

EIXO AZUL

Plano 1

- Espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação de risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolher, o que pressupõe a criação de espaços de encontros entre sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, que pode ser produzido pelo uso de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes, entre outros exemplos possíveis.

Plano 2

- Área de atendimento médico, lugar onde os consultórios, devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente.

Plano 3

- Áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, mediação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe.
-

Figura 4 Composição espacial: Eixo azul

FONTE: BRASIL, 2009

Os eixos propiciam a organização da alocação de espaço de forma a atender as necessidades dos usuários e a propiciar maior resolutividade no atendimento. Outro ponto importante com relação a ambiência, são as questões relativas à

privacidade e individualidade dos pacientes, fazendo uso de divisórias, cortinas ou outros. Outra diretriz importante, é a relacionada ao direito dos pacientes ao acompanhamento e a visita. Para isto, não basta apenas garantir o direito dos pacientes, mas é preciso estar preparado fisicamente para recebê-los, com ambientes capazes de acolher e acomodar, não apenas nas áreas onde se encontram os pacientes, mas em todos os ambientes, propiciando que os acompanhantes possam ter momentos de relaxamento, diálogos e entretenimento (BRASIL, 2009).

4.3 ENFERMAGEM E O ATENDIMENTO HUMANIZADO

A busca pela construção de um atendimento baseado nos princípios de integralidade, equidade e universalização, torna cada vez mais relevante a humanização do atendimento. Para Collet e Aves Rozendo (2003) humanização se dá em uma via de mão dupla, pois, se concretiza através da relação profissional/usuário. Humanizar é prática enquadrada na Carta Magna (Constituição Federal 1988/ CF-88) que, em seu artigo primeiro, inciso terceiro, diz que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos do Estado democrático de direito.

A humanização cria reflexão e mudanças na prática do dia a dia, resgata o humano naquilo que lhe é próprio e cria novos espaços de trabalho menos alienantes. O objeto do processo de trabalho do enfermeiro é o ser humano enfermo que busca o cuidado. O cuidado terapêutico prestado pela equipe de enfermagem, conta com ferramentas ou instrumentos de trabalho que são meios para atingir a satisfação das necessidades da pessoa que requer cuidado (CASTE; CORRÊA, 2005; AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Considerando que a essência do cuidado de enfermagem é o ser humano, é automática a implicação de que o mesmo deve ser humanizado. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), em seu artigo terceiro, orienta a prática do profissional enfermeiro para a defesa dos direitos da pessoa humana, sem qualquer discriminação. O CEPE não se restringe apenas a um conjunto de normas, ele também orienta sobre compromisso de promover o humano em todos os seus

aspectos e dimensões (COLLET; ALVES ROZEDO, 2003; BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Quando se trata da organização do trabalho, na prática, encontra-se um obstáculo para a humanização, pois, em muitas instituições há a sobrecarga de trabalho e a falta de condições técnicas. Feijó et.al. (2015), aponta que a maioria dos serviços de urgência e emergência trabalham com excesso de demanda, demanda inadequada, profissionais sem capacitação e ausência de planejamento. Somando-se a isso, há o crescente aumento na procura pelos serviços em urgência e emergência, que se justifica pela elevação no número de casos de violência urbana e acidentes, uso inapropriado dos serviços de emergência e baixa resolutividade das unidades básicas de saúde, pouca disponibilidades de especialistas, exames e medicamentos (DAL PAI; LAURET, 2011; GARCIA; REIS, 2014).

A superlotação gera sobrecarga de trabalho e tensões nas relações de trabalho. Segundo Santos et. al. (2013), os serviços de urgência e emergência são locais para onde convergem todos os problemas não resolvidos ou não diagnosticados em outros níveis de atenção à saúde.

Boa parte da população, vê os serviços de urgência e emergência como principal alternativa para atendimento médico às mais diversas situações, por não ter acesso a um serviço regular de saúde. A superlotação gera demora no atendimento, falta de leitos, pacientes sendo atendidos em corredores e, por vezes, se estabelecem relações desrespeitosas e desumanas na relação profissional/usuário, o que configura o descumprimento dos direitos dos usuários (DAL PAI; LAURET, 2011).

Seja por falta de recursos materiais ou recursos humanos, as condições precárias de trabalho são agentes desumanizantes (GONÇALVES; COLLET; VIEIRA, 2006).

Segundo Collet e Aves Rozendo (2003), a rotina com sobrecarga de trabalho induz o profissional a uma assistência mecanicista e tecnicista, deixando de lado a humanização. Para os autores, não é possível esperar da equipe de enfermagem uma abordagem humanizada, quando o profissional trabalha em condições precárias, com falta de pessoal, sobrecarga e pressão no interior do mundo do trabalho. Por este

motivo, ressaltam a necessidade de avaliar o ambiente de trabalho onde a relação profissional/usuário se dá, verificando se este possibilita uma assistência digna.

Outro ponto na organização do trabalho em enfermagem para a humanização é a construção de novas maneiras de gerir, que demandam comprometimento com a qualidade da assistência e devem romper com as formas tradicionais de organização dos processos (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Resgatar o humano naquilo que lhe é próprio, é entender que cada pessoa, em sua singularidade, possui necessidades específicas, valores e vivências únicas (CRUZ et. al., 2013).

As novas formas de enxergar os processos devem englobar: a horizontalização da organização, a construção de espaços democráticos e a participação dos sujeitos nas tomadas de decisões. A humanização requer relações profissionais saudáveis, de respeito pela diferença, de investimento na formação dos profissionais que integram as instituições, reconhecendo sempre os seus limites físicos e mentais (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

A partir desta percepção do ser humano, entende-se a visão humanística como forma de reflexão, que não vê somente o ser humano como um ser com necessidades biológicas, que vai além, que engloba as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas; que envolvem as relações humanas existentes no ambiente onde se promove saúde. Essa visão, que entende o ser humano como um ser biopsicossocial, decorre de um processo de evolução histórica em medicina (CRUZ et. al., 2013).

Desse modo, a medicina moderna, considerada a partir do século XX, na busca de reintegração entre a medicina preventiva e a curativa, demandou o resgate da dimensão biopsicossocial às práticas de saúde (CRUZ et. al., 2013). Esta organização moderna, é descrita por Foucault, como o nascimento da medicina moderna ou prática clínica.

A medicina moderna, passou a ter uma visão diferente sobre saúde, doença e cuidado. A prática clínica, entende que o trabalho do profissional de saúde, incluindo o enfermeiro, não se dá apenas no trato à patologia, mas também na atenção básica. Ou seja, esse profissional deve promover a prevenção e a promoção de saúde,

enxergando o humano em sua individualidade. Esta visão moderna da medicina, revolucionou a prática em saúde, onde o foco na prevenção e a relação com o indivíduo, vai além da sua condição física (FLORA, 2006).

4.3.1 O Enfermeiro como Promotor da Humanização em Urgência e Emergência na perspectiva do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

O enfermeiro atua como promotor da humanização na perspectiva do acolhimento, pois, este, é o profissional responsável por realizar a primeira consulta com o paciente, no qual recebe o usuário e ouve suas queixas, realiza a escuta e, por meio desta, faz a classificação de risco. Tal profissional contribui para a humanização em urgência e emergência, quando se mostra verdadeiramente interessado sobre o relato e queixas do usuário, quando realiza a escuta qualificada, pois, é através dela que o profissional pode ter um diagnóstico assertivo, que pode dar respostas adequadas ao usuário e consegue realizar a classificação de risco de forma assertiva (DE MOURA et. al., 2014).

Organizar o trabalho de enfermagem com protocolos, associado à classificação de risco, pode auxiliar a elaboração de prescrição de cuidados de enfermagem, privilegiando a sistematização da assistência. Esta forma de organização, possibilita, no acolhimento, agilidade e a integralidade do atendimento. O ACCR é uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro e sua equipe que privilegia as intervenções pertinentes no momento de emergência (ROSSANEIS et. al., 2011).

A classificação de risco é prevista na PNH, ela reduz o tempo de espera e propõe uma nova forma de organização das filas, orientando-se pelo estado do paciente e não mais pela ordem de chegada (NASCIMENTO et. al., 2011).

Outros propósitos relevantes do ACCR são: “assegurar que o atendimento imediato seja prestado ao usuário com alto grau de risco; manter o paciente que não corre risco e seus familiares informados sobre o tempo de espera”; estimular o trabalho em equipe, através da avaliação constante do processo; assegurar o cuidado

horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e incentivar a tomada de decisão (NASCIMENTO et. al., 2011).

O enfermeiro é o profissional indicado para a realização da classificação de risco, que um dos mecanismos fundamentais para a humanização no atendimento em urgência e emergência, portanto é a enfermagem que promove a humanização na organização de espera pelo atendimento, assim, garantindo um atendimento que enxergue o ser humano como ser biopsicossocial e que respeite as condições individuais de cada usuário e sua urgência no atendimento (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Na organização da fila com classificação de risco, o enfermeiro, reorienta a forma de prestar assistência em urgência e emergência, promove princípios de humanização e qualidade de assistência, ultrapassando, assim, o modelo tradicional de organização por ordem de chegada que, por não levar em consideração o indivíduo, é um mecanismo desumanizante (CAMARA et. al., 2015).

Na classificação de risco, o enfermeiro administra a superlotação, pois, sabe-se que muitos, por não terem um atendimento satisfatório em unidades básicas ou especialidades, acabam recorrendo à emergência. É imprescindível que o profissional oriente o usuário a continuar com seu tratamento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (SANTOS et. al., 2013).

Ao realizar uma pesquisa com enfermeiros que atendem no serviço de emergência adulto de um hospital público de Santa Catarina, Shiroma e De Pires (2011), com o intuito de conhecer a visão dos enfermeiros a respeito da implementação da classificação de risco, concluíram, que a classificação de risco é um mecanismo que reconhece o paciente em sua subjetividade e compreende suas necessidades.

Os enfermeiros entrevistados, relataram que o ACCR é fundamental para a melhoria das resoluções das situações de problema e garante respostas seguras ao usuário. Um dos enfermeiros, relatou que a classificação por ordem de chegada é desumana, pois, em dada situação, uma usuária, que estava com pressão alta desde as 9 da manhã, só conseguiu chegar para o atendimento as 10 da manhã e, que ela,

só foi atendida as 4 da tarde, sofrendo um Acidente Vascular Encefálico (AVE) (SHIROMA E DE PIRES, 2011).

4.3.2 O Enfermeiro como Promotor da Humanização em Urgência e Emergência na perspectiva da Ambiência

A ambiência tem grande relevância dentro das diretrizes da PNH. Na perspectiva do que é ambiência, é considerado tanto ambiente físico quanto o social, passando por um atendimento de qualidade. Compreende também o processo de interagir os diferentes atores do processo de saúde (BRASIL, 2010).

A enfermagem contribui para a humanização, dentro do ponto de vista da ambiência, realizando a classificação de risco adequadamente, assim reduzindo o tempo de espera e o sofrimento dos pacientes em situação de risco ou dor; realizando a escuta qualificada para o diagnóstico correto; estabelecendo uma relação mais próxima e humana com os usuários e familiares (DE FREITAS et. al., 2013).

O enfermeiro atua como promotor da humanização, na perspectiva da ambiência, pois, atende todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e tomando postura capaz de escutar e proporcionar respostas satisfatórias aos usuários (LACERDA et. al., 2016; NASCIMENTO et. al., 2015).

Logo, o enfermeiro é profissional atuante para a efetivação das diretrizes da PNH, pois, ele faz parte do processo como um todo. Produz o acolhimento e promove a ambiência (GARCIA et. al., 2010).

Entendendo que o acolhimento passa pelo atendimento a todos, é mais um ponto onde o enfermeiro contribui para a humanização do serviço, visto que urgência e emergência é um setor que recebe grande demanda por ser a porta mais rápida e fácil de acesso ao atendimento de saúde, sendo necessária assim a classificação de risco para melhorar a qualidade no sentido da ambiência (DE LIMA NETO et. al., 2013).

A característica fundamental do processo de trabalho do enfermeiro para a humanização do atendimento, permeia o cuidado com fundamento científico dos agravos em saúde, competências no cuidado do cliente no aspecto biopsicossocial, reduzindo os agravos físicos e emocionais do processo da doença (BACKES et al., 2012)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Humanização em unidades de urgência e emergência é um desafio para os profissionais que estão o tempo todo trabalhando com situações de sofrimento intenso e/ou risco de vida, pois, exige do profissional técnica e agilidade. Circunstâncias assim, tendem a fazer com que o profissional se coloque de forma impessoal, o que torna a humanização em urgência e emergência um desafio.

A Política tratada nesse trabalho é absolutamente relevante nos atendimentos de urgência e emergência, ela demanda a aplicação das diretrizes propostas pela Rede de Atenção às Urgências e Emergência e o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Logo, a RUE e o ACCR são fundamentais para que se efetive o atendimento humanizado em urgência e emergência. Humanizar vai além da compreensão das atribuições do enfermeiro, e devido a esse papel acolhedor, o enfermeiro pode ser compreendido como profissional fundamental na garantia de um atendimento mais humanizado em um pronto socorro.

Durante o estudo a respeito da PNH e a aplicação da RUE, pode ser verificado que a humanização nas unidades de urgência e emergência passa por acolher com escuta ativa e classificar o risco. Pode ser verificado que, em urgência e emergência, além de seu conhecimento técnico-científico, o enfermeiro precisa ter capacidade de liderança e deve trabalhar para minimizar os riscos e amenizar o sofrimento dos pacientes.

É o enfermeiro o profissional mais indicado para a realização da triagem que é determinante para garantia do atendimento humanizado em uma unidade de urgência e emergência. Pois, com a triagem, os pacientes são classificados de acordo com seu estado clínico, garantindo que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade de seu quadro.

Para garantir que o atendimento inicial seja realizada de forma assertiva, o enfermeiro deve realizar a escuta qualificada, escutando a queixa de seu paciente, seus medos e expectativas, identificando assim, seus riscos e vulnerabilidades, tanto no âmbito físico quanto emocional.

Outro ponto importante, destacado no trabalho, que promove a humanização em urgência e emergência, é o protocolo de acolhimento. Através do acolhimento, o

atendimento ganha qualidade nas relações interpessoais, colocando o usuário como participante nos processos de promoção de saúde.

O enfermeiro ao realizar a escuta qualificada, consegue responder de forma adequada o usuário, atendendo todos que procuram os serviços de urgência e emergência, ouvindo-os e assumindo uma postura acolhedora.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. V. 33, n. 4, p. 181-190, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472012000400023&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 02 Ago. 2019.

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007. Disponível em:< <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso: 02 Ago. 2019.

ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos; DE PIRES, Denise Elvira Pires. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 9, n. 3, 2007. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7445>>. Acesso: 21 Ago. 2019.

AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul enferm**, v. 19, n. 4, p. 444-9, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13>>. Acesso: 02 Ago. 2019.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; ARTMANN, Elizabeth; TRINDADE, Zeidi Araujo. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1115-1124, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: 03 Set. 2019.

ANTUNES, DAIANI DE OLIVEIRA; GUIMARÃES, Jaciane Pinto. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2, p. 25-44, 2013. Disponível em: < <https://www.uninter.com/>>. Acesso: 03 Ago. 2019.

ANZILIERO, Franciele et al . Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 4, e64753, 2016 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc14472016000400417&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 29 out. 2019.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.

14, n.1, p. 132-135, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18>>. Acesso: 03 Ago. 2019.

BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000100024&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 Ago. 2019.

BRASIL. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1342-53, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000500029&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso: 05 Ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de formação em saúde do trabalhador**. Brasília Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_10_anos_politica_nacional_humanizacao.pdf>. Acesso: 13 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>>. Acesso: 13 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso: 29 Ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf>. Acesso: 13 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso: 13 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: visita aberta e direito a**

acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf> Acesso: Set, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_politica_humanizacao_rede_gestaosus.pdf> Acesso em: 12 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: equipe de referência e apoio matricial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf> Acesso: 15 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de formação em saúde do trabalhador.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso: 13 Set. 2019.

CAMARA, Rhamaia Ferreira et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser**, v. 1, n. 1, p. 99-114, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/download/628/146>>. Acesso: 12 Set. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 983-995, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141432832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 12 Set. 2019.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/2001>>. Acesso: 12 Ago. 2019.

CAVALCANTE GUEDES, Maria Vilani; PINTO TEIXEIRA HENRIQUES, Ana Ciléia; NOGUEIRA LIMA, Morgama Mara. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267028450005>>. Acesso: 12 Ago. 2019.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2013.

Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/288>>. Acesso: 12 Ago. 2019.

COLLET, Neusa; ALVES ROZENDO, Célia. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, 2003.

Disponível em: < <https://www.redalyc.org/html/2670/267019643016/>>. Acesso: 15 Ago. 2019.

COSTA, Maria Antônia Ramos et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 491-497, 2015.

Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127741627014.pdf>>. Acesso: 15 Ago. 2019.

CRUZ, Cleya Silva Santana et al. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 1, p. 30-39, 2013.

Disponível em: < <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/974>>. Acesso: 15 Ago. 2019.

DA SILVA, Bernadete Monteiro et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072006000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 20 Set. 2019.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011.

Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127719485012.pdf>>. Acesso: 20 Ago. 2019.

DE ATENÇÃO, Manual Instrutivo da Rede às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, 2013.

Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso: 20 Ago. 2019.

DE FREITAS, Fernanda Duarte da Silva et al. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 654-660, 2013.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400654&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 20 Set. 2019.

DE LIMA NETO, Alcides Viana et al. Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 519-528, 2013.

Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24950&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 Set. 2019.

DE MOURA, Maria do Amparo Alves et al. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 4, n. 11, p. 10-17, 2014. Disponível em: < <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/71>>. Acesso: 20 Ago. 2019.

DO NASCIMENTO ARAUJO, Karina Albino; NUNES, Lorena Massi. Projeto Acompanhando o Acompanhante. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 2, p. 273-273, 2014. Disponível em: < <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/projeto-acompanhando-o-acompanhante-9686>>. Acesso: 20 Set. 2019.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO, Adelita. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 685, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472010000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 20 Ago. 2019.

DURO, Carmen Lúcia Mottin et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 3, p. 447-454, 2014. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/106865>>. Acesso: 20 Ago. 2019.

FABRIZIO, Greici Capellari et al. Redes de atenção à saúde e as demandas dos usuários pela Unidade de Pronto Atendimento: Conflitos e possibilidades. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 9, 2018. Disponível em: < <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/572>>. Acesso em: 15 Set. 2019.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 627-636, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n106/627-636/pt/>> Acesso: 15 Ago. 2019.

GARCIA, Adir Valdemar et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 811-834, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 Set. 2019.

GARCIA, Vinicius; REIS, Renata Karina. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/html/2670/267030687014/>>. Acesso: 12 Ago. 2019.

GONÇALVES, Beatriz Rosana de Oliveira; COLLET, Neusa; SILVEIRA VIERA, Cláudia. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/html/2814/281421860019/>>. Acesso: 28 Ago. 2019.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267028450005.pdf>> Acesso: 28 Ago. 2019.

GUERRERO, Patrícia et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_16.pdf>. Acesso em: 12 set. 2019.

LACERDA, Larissa Carolina Xavier et al. **HUMANIZAÇÃO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: A VIVÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO “ACOLHER EM SAÚDE: POSSO AJUDAR?”**. In: 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Universidade Federal do Espírito Santo, 2016. Disponível em:< <http://www.eventsystem.com.br/admin/arquivos/7cbeu/submissoes/anais/41fe0da0e1cd9428af971e886d0c93ea.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2019.

LIMA, Juliana Oliveira Roque et al. Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 11, 2007. Disponível em: < <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4960>>. Acesso: 12 Ago. 2019.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0338.pdf>>. Acesso: 12 Set. 2019.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. 84-88, 2011. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=591020&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 Set. 2019.

OLIVEIRA G.N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010411692013000200500&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 Set. 2019.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lília Blima. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 205-218, 2015. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000500205&script=sci_arttext>. Acesso: 12 Set. 2019.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde públ. Santa Cat.**, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: < <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/546>>. Acesso: 12 Ago. 2019.

PINTO, Diego Muniz et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 293, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10>> Acesso em: 12 Set. 2019.

ROSSANEIS, Mariana Ângela et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/10182>>. Acesso em: 12 Set. 2019.

SACOMAN, Thiago Marchi et al . Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 121, p. 354-367, Abr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200354&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2019.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso: 12 Set. 2019.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200006&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso: 12 Set. 2019.

SERVIN, S. C. N. et al. Protocolo de acolhimento com classificação de risco. **Política Municipal de Humanização**. Prefeitura de São Luís–Maranhão, 2010. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso: 12 Set. 2019.

SILVA, Michele de Freitas Neves et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 218-225, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692014000200218&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 Set. 2019.

SHIROMA, Lícia Mara Brito; DE PIRES, Denise Elvira Pires. Classificação de risco em emergência–um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011. Disponível em:< <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67>>. Acesso em: 12 Set. 2019.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 681-688, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14143283200900050018>. Acesso em: 12 Set. 2019.

SOUZA, Elizabete Cristina Façundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s100-s110, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300015>. Acesso em: 12 Set. 2019.

TOMBERG, Jéssica Oliveira et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 12, n. 1, p. 80-87, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/94574>>. Acesso em: 12 Set. 2019.

ULBRICH, Elis Martins et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 286-292, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17863>>. Acesso: 12 Set. 2019.

VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria Claudia Souza. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 363-372, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S223796222015000300363&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso: 12 Set. 2019.