



## ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA

Ata de Defesa de Monografia de Pós-Graduação em Unidade de Terapia Intensiva dos (as) alunos (as):

Bárbara Lourenna Teixeira Leite;

Naiara Dias Lima;

Pabline Soares de Souza Alves.

Aos trinta dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: SUPORTE HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Compuseram a banca examinadora os professores:

\_\_\_\_\_ (avaliador 1)  
\_\_\_\_\_ (avaliador 2)  
\_\_\_\_\_ (avaliador 3)

Após a exposição oral de defesa de banner, o (s) (a) (s) candidato (a) (s) foi (ram) arguido (a) (s) pelos componentes da banca que reuniram-se reservadamente, e decidiram,  Aprovar ou ( ) Não Aprovar, com a nota 8,0 à monografia. Para constar, redigi a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, vai assinada por mim e pelos demais membros da banca.

mmaqueia  
\_\_\_\_\_ Avaliador 1  
Edson Adriano de Souza Jr  
\_\_\_\_\_ Avaliador 2  
\_\_\_\_\_ Avaliador 3

Fazer em duas vias, uma fica anexada ao TCC e outra deve ser entregue na Sec. Acadêmica para arquivo na pasta do (s) aluno (s))

INSTITUTO HEALTH  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E UTI

BÁRBARA LOURENNA TEIXEIRA LEITE  
NAIARA DIAS LIMA  
PABLINE SOARES DE SOUZA ALVES

**SUPORTE HUMANIZADO EM PRONTO SOCORRO: DESAFIOS PARA O  
ENFERMEIRO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Goiânia

2020

BÁRBARA LOURENNA TEIXEIRA LEITE  
NAIARA DIAS LIMA  
PABLINE SOARES DE SOUZA ALVES

**SUPORTE HUMANIZADO EM PRONTO SOCORRO: DESAFIOS PARA O  
ENFERMEIRO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização apresentado ao Instituto Health  
como requisito parcial para a obtenção do título  
de Especialista em Urgência e Emergência e  
UTI.

Professor Orientador: Prof. Danillo Godoi

Goiânia

2020

## SUPORTE HUMANIZADO EM PRONTO SOCORRO: DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*HUMANIZED HELP SUPPORT: CHALLENGES FOR NURSES AND HEALTH PROFESSIONALS*

**Bárbara Lourenna Teixeira Leite**

Enfermeira, Pós-graduanda em urgência e emergência e UTI, Instituto Health  
barbaralorenna10@gmail.com

**Naiara Dias Lima**

Enfermeira, Pós-graduanda em urgência e emergência e UTI, Instituto Health  
naiara-dias@hotmail.com

**Pabline Soares De Souza Alves**

Enfermeira, Pós-graduanda em urgência e emergência e UTI, Instituto Health  
pablineseares12@hotmail.com

### RESUMO

*A unidade de emergência apresenta serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de morte. Assim, os métodos investidos nestes atendimentos nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao trabalho neste processo. Os pacientes estão apreensivos ante o desconhecido, ambiente e profissional fragilizados, agindo muitas vezes com agressividade. A passagem repentina de um estado de saúde à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional das vítimas, pacientes e famílias, os quais se expressam por agressões verbais, evidenciando revolta contra as carências das políticas públicas. O objetivo deste estudo foi analisar pesquisas publicadas sobre humanização e atendimento no pronto socorro considerando as dificuldades da enfermagem e dos demais profissionais de saúde. Foi realizada uma revisão bibliográfica em que foram selecionados artigos publicados nas bases de dados Scielo e Lilacs de 2010 até 2019. As dificuldades para o serviço humanizado no pronto socorro advém de um conjunto de fatores como falta de infraestrutura nas unidades de saúde, contingente profissional prejudicado, ausência de profissionalismo do quadro, equipe que apresenta estafe de trabalho. Em suma, a equipe de enfermagem pode mudar esta estimativa aplicando os pilares básicos da humanização, que são equidade, empatia e resiliência.*

**Palavras-chave:** Humanização, Pronto Socorro, Profissionais de Saúde, Enfermeiro.

## ABSTRACT

*The emergency unit offers services of high complexity and diversity in the care of patients at imminent risk of death. Thus, the methods invested in these services do not always guarantee the quality of care, as there is a decisive influence of factors related to work in this process. Patients are apprehensive about the unknown, fragile environment and professional, often acting aggressively. The sudden change from a state of health to proximity to death can affect the emotional balance of the victims, patients and families, who express themselves through verbal aggressions, showing revolt against the needs of public policies. The aim of this study was to analyze published research on humanization and care in the emergency room considering the difficulties of nursing and other health professionals. A bibliographic review was carried out in which articles published in the Scielo and Lilacs databases from 2010 to 2019. The difficulties for humanized service in the emergency room result from a set of factors such as lack of infrastructure in the health units, impaired professional contingent, lack of professionalism in the staff, team with a workforce. In short, the nursing team can change this estimate by applying the basic pillars of humanization, which are equity, empathy and resilience.*

**Keywords:** Humanization, First Aid, Health Professionals, Nurse.

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde no início do século XXI lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que culminou em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) Humaniza SUS, eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, trazendo como principal embasamento a participação e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde. Conforme a PNH, a humanização abarca os diferentes atores do processo de produção da saúde - usuário, trabalhadores e gestores - norteados por valores tais como: autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculo solidário e participação coletiva no processo de gestão.

Segundo Michelin (2018) a PNH é uma política pública transversal que trata a tecnologia do trabalho em saúde como um todo, englobando assistência e gestão, garantindo o protagonismo dos sujeitos e coletivos, passando pela oferta de serviços, tecnologias de cuidados e construção de ambientes seguros, harmoniosos e que ofereçam conforto e bem-estar aos usuários.

A luz dos dizeres de Sousa (2019), há que se constituírem os profissionais com as competências necessárias para atender as demandas que os serviços

requerem. Nas unidades de urgência e emergência relevam-se os conhecimentos, habilidades e atitudes específicas a fim de prestar assistência individualizada, digna e humanizada a quem busca por esse tipo de atendimento, que no caso da humanização, inclui acolhimento, comunicação, diálogo, resolutividade, respeito e saber ouvir.

Neste sentido Sousa (2019) destaca que os dispositivos da PNH, a exemplo do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), devem ser considerados para melhor organização do trabalho e efetividade clínica. A classificação de risco proporciona humanização no atendimento e no trabalho da equipe multidisciplinar, pois possibilita mais agilidade no atendimento mediante aplicação de instrumentos de avaliação prévia que permite ao profissional selecionar com mais segurança as prioridades centradas nas necessidades dos usuários de acordo com o nível de complexidade clínica.

O PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011).

Contudo, a unidade de emergência apresenta serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de morte. Assim, os métodos investidos nestes atendimentos nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao trabalho neste processo. Os pacientes estão apreensivos ante o desconhecido, agindo muitas vezes com agressividade. A passagem, repentina de um estado de saúde à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional das vítimas, pacientes e familiares, os quais se expressam por agressões verbais, evidenciando revolta contra as ausências das políticas públicas.

O objetivo deste estudo foi analisar as pesquisas publicadas sobre humanização e atendimento no pronto socorro considerando as dificuldades da enfermagem e os demais profissionais de saúde.

Mediante a relevância desta temática, faz-se imprescindível conhecer os estudos que contribuem para tal no desenvolvimento desta pesquisa que visa compreender o processo de humanização na unidade de Pronto Socorro. Por isso, a

necessidade de averiguar: Quais as dificuldades para o serviço humanizado no pronto socorro? E como a equipe de enfermagem pode mudar esta estimativa?

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica com seleção de artigos publicados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) de 2010 à 2019 com uso dos seguintes descritores: na base Lilacs, os descritores utilizados foram “Humanização e Pronto Socorro”, sendo encontrados o total de 19 artigos. Já na base Scielo, utilizou-se os descritores, “Profissionais de Saúde e Pronto Socorro”, localizando-se 44 artigos. Foram excluídos, por não se enquadrarem nos critérios do estudo proposto os artigos de repetição, tendo assim 48 artigos. Após a seleção foi realizada uma análise mais detalhada dos mesmos, utilizando como critério de exclusão, ano de publicação, repetição de artigos, resultados que não abrangia a temática proposta pela pesquisa.

Dos artigos, foram extraídas informações em relação a: tipo de estudo, métodos de estudo empregados, resumo dos resultados, relação com a prática do profissional de saúde e a humanização do pronto socorro como desafio para os profissionais.

Estes dados foram apresentados em tabela e analisados em categorias. Essa categorização baseou-se nos resultados mais relevantes dos estudos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise dos artigos foi construída a Tabela 1 que traz a descrição dos objetivos e métodos dos estudos analisados.

**Tabela 1.** Descrição dos objetivos e métodos dos estudos analisados.

ELEMENTOS DOS ESTUDOS	DESCRIÇÃO	NÚMERO	%
	Classificação de Risco no Pronto	2	15,3%

OBJETIVOS DA PESQUISA	Socorro		
	Boletim Informativo no Acolhimento	1	7,6%
	Humanização nos Serviços de Urgência e Emergência	6	46,1%
	Acolhimento Com Classificação de Risco	4	30,7%
MÉTODOS	Pesquisa Qualitativa	6	46,1%
	Pesquisa Quantitativa	1	7,6%
	Estudo de Caso	2	15,3%
	Estudo transversal,	1	7,6%
	Estudo Descritivo e Exploratório	3	23%

Fonte: Os autores

Como observa-se na tabela 1, 46,1% dos artigos pesquisados nas bases de dados pautaram suas pesquisas nos estudos de Humanização nos Serviços de Urgência e Emergência, temática essa que motivou a realizar este estudo. Já ao que tange à metodologia, 46,1% das pesquisas são qualitativas.

A maior parte dos estudos trata da Humanização dos Serviços de Urgência e Emergência. Na visão de Cezar (2014) os serviços de urgência e emergência apresentam rotina acelerada de atendimento, e dessa forma tornam-se um ambiente estressante a todos que vivenciam essa realidade, sejam os pacientes, os familiares ou a equipe de enfermagem, que estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte. Além disso, as especificidades deste ambiente induzem os trabalhadores desse serviço a se posicionarem de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada.

Serviços de urgência e emergência para Guedes et al (2013) são permeados por condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados, que vivenciam relações humanas também complexas no processo do cuidado em um sistema hospitalar. Assim, maior enfoque deve ser dado ao desenvolvimento das ações no acolhimento, compreendendo em que situações estão sendo desenvolvidos e de que forma os usuários visualizam a atuação dos profissionais de saúde nessa atividade, especialmente a equipe de enfermagem.

### **Humanização no Serviço de Saúde**

Para Silva (2016) humanizar significa “tornar humano, dar condição humana, digno de homem”, ou seja, respeitar e valorizar a pessoa humana, sem qualquer tipo



de discriminação. O ato de humanizar vem sendo uns dos principais enfoques quando se fala em assistência hospitalar, no qual este tem como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.

Para Goulart (2013) é direito de todos os usuários receberem atendimento humanizado, entretanto a falta de comunicação, a alta demanda, que conseqüentemente causa a demora na resolutividade dos problemas de doenças, a péssima recepção dos serviços e a problemática da infraestrutura são fatores que comprometem a humanização no processo de assistência ao paciente.

Já para Alves *et al.* (2017) o ato de humanizar vai além de discursos pesados com “profundos dizeres”, da grande midiaticização de parcas ações pontuais, em períodos comemorativos, das lembrancinhas em ações temporãs ou das festas de aniversariante do mês. Devido aos sentidos imprecisos que por vezes podem ser associados ao ato político da humanização no ambiente hospitalar, o cuidar humanizado é, sem dúvida, um conceito abrangente e que demanda algo a mais no atendimento às necessidades em saúde de uma população. Requer cotidiano de procedimentos e práticas que assuma a humanização como princípio do saber fazer e que possa, sempre que se fizer necessário, transformar rotinas para melhor acolher as alternativas do processo saúde-doença.

Já para Zem *et al.* (2012), humanizar não significa exclusivamente apresentar um ambiente ostentado, estar sempre sorrindo e chamar o cliente pelo nome. O que a PNH propõe vai, além disso, e tem como princípios a ampliação do acesso do usuário ao serviço de saúde, a integração dos profissionais para maior resolutividade dos problemas, a atuação de modo cooperativo e solidário, a utilização da comunicação e educação permanente da gestão, a adequação de ambientes e o atendimento acolhedor.

Na visão de Alves *et al.* (2017) nos internamentos hospitalares, o paciente tende a ficar isolado do convívio social, recebendo apenas as visitas de familiares nos horários pré-estabelecidos por cada rotina de cada unidade hospitalar e, frente a isso, a Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza que sejam estabelecidas estratégias para acolher tanto o doente quanto o cuidador, de forma a minimizar o desgaste físico e emocional que está presente em todo o momento. A hospitalização de um indivíduo, além de alterar a rotina da família, é um momento crítico que envolve dor e sofrimento para seus familiares e para o próprio usuário.

Nessa direção Tomberg *et al* (2013) destacam que os princípios que regem a PNH nos serviços de urgência e emergência primam por acolher os usuários por critérios de avaliação de risco definidos por protocolos clínicos, norteados por um sistema de referência e contra referência, respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Nesse âmbito configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e promoção de saúde em rede. Engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar a equipe e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe, transformar o processo do trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, adequando à resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

Para isso é necessário avaliar o usuário na chegada ao Pronto Socorro; descongestionar o Pronto Socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade; Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; - Informar os tempos de espera; Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

Além disso, a necessidade de priorizar os casos graves exige a sistematização de uma classificação sobre a gravidade das demandas por saúde, a qual passa a ser uma tecnologia associada aos princípios antes descritos acerca do acolhimento. Diante disso, o acolhimento com avaliação e classificação de risco é sistematizado por meio de um protocolo dividido em dois eixos e sinalizado por quatro cores.

### **Pronto Socorro - Etapas do Processo**

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. Através delas se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto,

importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde (HETTI, 2013).

De acordo com Tomberg (2013) e para melhor compreensão da forma que se trabalha no momento do acolhimento é apresentado as 4 cores usadas para classificar a real necessidade de cada indivíduo. No primeiro eixo, a cor vermelha sinaliza os pacientes com risco de morte, que necessitam de atendimento imediato, enquanto que a cor amarela se refere aos pacientes em estado crítico ou semicrítico os quais já estão estabilizados, mas necessitam de atenção especial. Já a cor verde classifica os casos não urgentes, mas que permanecem em observação. Ao segundo eixo é destinada a cor azul, com a qual são classificadas as demandas de baixa complexidade, para pacientes aparentemente não graves, sensíveis à atenção básica. A seguir é apresentado o quadro 1 com a classificação de cores e o tempo médio para atendimento médico.

**QUADRO 1 - Classificação de atendimento por cores e o tempo máximo de espera para atendimento médico.**

<b>CLASSIFICAÇÃO POR CORES</b>	<b>TEMPO MÁXIMO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO MÉDICO</b>
<b>Vermelho</b>	Imediato ou até 15 minutos
<b>Amarelo</b>	15 minutos a 30 minutos
<b>Verde</b>	30 minutos a 120 minutos
<b>Azul</b>	120 minutos a 240 minutos

Fonte: camposnovos.sc.gov.br (2011).

De acordo com Silva (2011) o Pronto-Socorro destina-se a “prestar assistência aos indivíduos, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato”, sendo a doença, com seus sinais e sintomas, o foco principal do cuidado. Inserir a humanização nesse setor requer que o profissional de saúde integre sensibilidade e comunicação, além da empatia, como forma de se alcançar uma parceria com o usuário. A seguir é apresentado o quadro 2 com a classificação dos pacientes por prioridades de cores.

**Quadro 2- Classificação dos pacientes por prioridades de cores**

<b>CLASSIFICAÇÃO POR CORES</b>	<b>TEMPO PARA O ATENDIMENTO MÉDICO</b>
<b>Vermelho</b>	Atendimento de Emergência ou Imediato
<b>Amarelo</b>	Atendimento de Urgência ou Mediato Mais rápido possível, não correm risco imediatos de vida
<b>Verde</b>	Atendimento de Não Urgente Priorização de Lei: idosos, cadeirantes, excepcionais, queixas de dor e outros
<b>Azul</b>	Atendimento Não Urgente Demais condições não agudas

Fonte: camposnovos.sc.gov.br (2011).

O atendimento em unidades de emergência ou Pronto-Socorro para Silva (2011) é marcado por assistência caracterizada pela imprevisibilidade, pelo ritmo acelerado do trabalho, pela sobrecarga física dos profissionais, buscando-se a preservação da vida e, muitas vezes, os aspectos relacionados à humanização e à integralidade do cuidado não são preservados.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, o Pronto-Socorro destina-se a "prestar assistência aos indivíduos, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato", sendo a doença, com seus sinais e sintomas, o foco principal do cuidado. Inserir a humanização nesse setor requer que o profissional de saúde integre sensibilidade e comunicação, além da empatia, como forma de se alcançar uma parceria com o usuário (SILVA 2011).

Segundo Silva (2011) no ambiente do Pronto-Socorro é um desafio saber ouvir o paciente, a fim de coletar dados necessários para seu tratamento, sabendo-se que esses dados poderão trazer benefícios ou não, dependendo da forma como são coletados. O acolhimento insere-se como facilitador, caso seja utilizado por toda a equipe durante o processo de hospitalização do paciente.

### **Acolhimento e Classificação de Risco**

Segundo Bartel *et al.* (2015), no ano de 2003, o Ministério da Saúde (MS) propôs a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) como medida de intervenção frente à superlotação dos serviços de

urgência/emergência, bem como a necessidade de oferecer atendimento humanizado e de qualidade aos usuários. Por meio dessa nova forma de organização de atendimento ao usuário, quando o mesmo procura o serviço, tem sua queixa acolhida por um profissional da área da saúde e é classificado quanto ao risco, possibilitando menor espera nos casos de maior gravidade. Isso se tornou algo muito importante por melhorar o processo de saúde tratando desigualmente os desiguais e individualmente podendo sanar as questões de cada usuário.

Segundo Goulart (2013) a Classificação de Risco vem como uma forma de organizar e humanizar o atendimento de emergência, visando tornar ágil o atendimento do paciente, de acordo com protocolos estabelecidos do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada.

A classificação de risco segundo Nascimento *et al* (2011), reforçando os dizeres dos outros autores já citados, é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

De acordo com Silva (2011) o acolhimento deve ser interpretado como ato ou efeito de acolher, expressando a ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, prestando cuidado para alguém, sendo importante para aquele indivíduo que se sente apreensivo e com ansiedade e medo. Nessa perspectiva é que se pretende afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância no atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Para Goulart (2013) o acolhimento enquanto estratégia da Política Nacional de Humanização (PNH) propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento das instituições de saúde para que o serviço seja organizado de forma a atender melhor o usuário, e se modifique o modelo assistencial, que antes era centrado no médico e atualmente deve ser centrado na equipe multiprofissional ou equipe de

acolhimento, empenhada em escutar o usuário, comprometendo-se em solucionar seu problema de saúde.

O acolhimento em saúde, na visão de Tomberg (2013), é compreendido como uma tecnologia leve destinada às relações humanas entre o cuidado e o cuidador, o qual se materializa quando o acolhedor considera o estado emocional do paciente/família, tem habilidade e sensibilidade para enxergar as necessidades dos usuários e se responsabiliza com a sua resolutividade. Assim, o acolhimento se propõe a ser o objetivo de todas as ações das equipes de saúde com base no estabelecimento de vínculos de confiança entre os envolvidos.

### **Desafios para o enfermeiro e profissionais de saúde**

Segundo Cezar (2014), nas relações entre a infraestrutura e o atendimento humanizado notam-se queixas e críticas vindas da maioria dos acompanhantes e dos profissionais, com relação às pessoas mal acomodadas e higiene, visando preservar o paciente que se encontra em macas, utilizando a mesma roupa do dia anterior, ambiente desorganizado sem cadeiras, passando noites em pé referindo-se necessidade de dar mais conforto e atenção aos pacientes e acompanhantes. Refere-se ainda que em algumas unidades de saúde os profissionais da recepção têm visualização direta com a unidade de emergência, sendo possível visualizar os pacientes em atendimento e toda a dinâmica do serviço.

A satisfação do usuário, segundo Barros (2010) envolve, entre outros fatores, a estrutura física e organizacional do serviço, aspectos inerentes à relação entre profissionais de enfermagem e usuários. É fundamental, portanto, que sejam construídas ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, a fim de acabar com o mito de que esses espaços que abrigam serviços de saúde são frios e hostis.

Para Cavalcante (2013), que entende isto como dificuldade, a humanização da assistência possibilita levantar questões fundamentais que podem auxiliar na construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. As dificuldades estruturais, que muitas vezes fogem do poder pessoal, ganham forças

nas melhorias que os próprios profissionais tentam fazer, como arrecadação de brinquedos e festas, para proporcionar um ambiente mais acolhedor e humano.

O déficit de profissionais segundo Barros (2010), sobretudo na enfermagem, interfere diretamente na qualidade da produção de cuidados, provocando sobrecarga de trabalho. É preciso criticar a demanda da clientela maior que a possibilidade de atendimento e buscar o posicionamento dos gestores diante do necessário aumento da quantidade de profissionais, a fim de não sobrecarregar o trabalho e incorrer na assistência de qualidade duvidosa.

O respeito à privacidade e à individualidade constituem alguns elementos que podem contribuir para o cuidado humanizado. A infraestrutura é primordial para se aplicar o cuidado humanizado, uma vez que, por estarem fora de casa, os usuários estão psicologicamente abalados, fisicamente abatidos e carentes de conforto (BARROS, 2010).

Segundo Silva (2016) o que é encontrado como desafio para a execução do processo de humanização é o despreparo das equipes para realizar a classificação de risco dentro das unidades hospitalares. Além disso, outros problemas seriam a sobrecarga de trabalho das equipes, dificultando a implantação do sistema de triagem e a estrutura física inadequada, a falta de espaço para atender os usuários com privacidade e de forma holística, para assim tornar o atendimento mais humanizado.

Diante de tais fatos, surge a necessidade de estratégias adequadas que facilitem a implantação da classificação de risco, visto que esta traz uma proposta para o serviço, sob a ótica da humanização, focando não apenas na doença, mas no acolhimento do paciente, da comunidade e da família. Desta forma é importante que o enfermeiro e os demais profissionais de saúde tenham compromisso em receber e acolher o paciente de forma humana.

A equipe de enfermagem pode mudar a estimativa tratando com empatia e individualidade cada paciente que passa na triagem, cuidando sempre para o bem estar do próximo, chamando o cliente pelo nome, tendo mais vínculo e responsabilidade social, pois quem está em uma unidade de pronto socorro já vem com histórico de dor e sofrimento, e o profissional não lhe tratando com devido respeito pode gerar agressividade no paciente.

## CONCLUSÃO

Por conseguinte, o processo de humanização na unidade de Pronto Socorro se dá a partir do processo da classificação de risco em que o paciente passa pela triagem. É o primeiro contato entre a comunidade e o profissional de saúde, e nesse momento o profissional, seja ele enfermeiro ou outro componente da equipe de saúde, classificará o paciente dentre as quatro categorias e deverá tratar com humanização e presteza levando em consideração sua dor, pois, o mesmo já se encontra doente e fragilizado. O ato de humanizar vem sendo uns dos principais enfoques quando se fala em assistência hospitalar.

Observa-se que as dificuldades para o serviço humanizado no pronto socorro advêm de um conjunto de fatores que são, faltas de infraestrutura nas unidades de saúde, contingente profissional prejudicado, ausência de profissionalismo dos servidores, equipe que apresenta estafa de trabalho.

Em suma, a equipe de enfermagem pode mudar esse cenário aplicando os pilares básicos da humanização, que são equidade, empatia e resiliência.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. T. L. S. et al. Implantação de um boletim informativo como proposta de humanização no pronto-socorro de um hospital público. **Revista Baiana de Saúde Pública** v. 41, n. 2, p. 537-550, 2017.

BARROS, S. D. O. L.; et al. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. **Revista de enfermagem UERJ**, v.18 n.4 p:598-603. 2010.

BARTEL, T. E.; et al. Dialogando sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco: relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.39, n.1, p.164-173. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). 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.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). 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; 2013



CAVALCANTE, A. K. C. B.; et al. Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador**, v. 27, n. 3, p. 221-233, 2013.

CEZAR, A. F. S; A humanização nos serviços de urgência e emergência – relato com ênfase na atuação do técnico de enfermagem. **Instituto federal de educação, ciência e tecnologia do Rio Grande do Sul**. 2014.

GOULART, C. B. *et al.*; Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 34, n. 1, p. 91-96, 2013.

GUEDES, M. V. C. *et al.*; Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista brasileira de enfermagem**. v.66 n.1 Brasília 2013.

HETTI, L. B. E.; Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.15 n.4 p:973-82. 2013.

MICHELAN, V. C. A.; SPIRI, W. C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**.v.71 n.2 p.397-404, 2018.

NASCIMENTO, E. R. P. *et al.*; Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v19 n1: p84. 2011.

SILVA, E. M. R. et al.; Acolhimento de usuários em um Pronto-Socorro Infantil na perspectiva dos enfermeiros. **Acta Paulista Enfermagem**; v.24, n.6 p:799-803, 2011.

SILVA, I. B. et al.; Humanização no atendimento de emergência através da classificação de risco: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Estácio Saúde** – v.5, n.1, 2016.

SOUSA, K. H. J. F.; DAMASCENO, C. K. C. S. et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2019.

TOMBERG, J. O. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto Socorro: caracterização dos atendimentos. **Ciência Cuidado e Saúde**; v.12 n.1 p:080-087. 2013.

ZEM, K. K. S. *et al.*; Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista Rene**. v.13 n.4 p.899-908. 2013.