

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA  
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AUDILENE BANDEIRA LOPES

**A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS, NO ATENDIMENTO DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE  
ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

Itaituba – PA

2019

AUDILENE BANDEIRA LOPES

**A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS, NO ATENDIMENTO DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE  
ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf. Esp. Karla Santos da Silva Lizardo

Itaituba – PA

2019

Lopes, Audilene Bandeira

A percepção do usuário do SUS, no atendimento de urgência e emergência do hospital municipal de Itaituba, PARÁ, BRASIL/ Audilene Bandeira Lopes. Itaituba: FAI, 2019.

58f.: il.

Orientadora: Enf. Esp. Karla Santos da Silva Lizardo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2019.

1.Urgência e Emergência. 2. Atendimento. I Lizardo, KarlaSantos da Silva. II. Faculdade de Itaituba, BR – PA, 2019.

AUDILENE BANDEIRA LOPES

**A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS, NO ATENDIMENTO DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE  
ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem

Orientador: Enf. Esp. Karla Santos da Silva Lizardo

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Enf. Esp. Karla Santos da Silva Lizardo Nota: 97

Avaliador: Prof. MA. Karen Alessandra Kluska Nota: 92

Avaliador: Prof. MA. Juliana de Almeida Lira Nota: 91

Resultado: APROVADA Média: 93

Data: 30 de Janeiro de 2019

*À Deus, por sempre me dá forças para prosseguir, Minha Família, especialmente ao meu pai que sempre esteve do meu lado, minha mãe pelas orações, minha irmã **Aurilene** e seu esposo **Cledilson**, pelo incentivo amor e carinho que me oferecem para estudar, minha irmã Auzenir e seu esposo pelo apoio e a todos meus professores pelo ensinamento. Dedico-lhes essa conquista como gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, por me proporcionar grandes bênçãos e vitórias durante esses cinco anos de estudo, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades que sempre aparecem no caminho.

A minha família minha **mãe vera Lucia**, pelas orações, por ser meu suporte importante em minha caminhada, meu **pai José pereira** por acreditar sempre nos meus sonhos, pelo carinho e confiança, minha **irmã Dra. Aurilene Magalhães e seu esposo meu cunhado Dr. Cledilson Magalhães** pelo incentivo e os conselhos que sempre me deram, minha **irmã Auzenir Renosto e seu esposo Edemir Renosto** pelo grande apoio e ajuda que sempre me proporcionaram.

Em especial a minha orientadora , **Enf. Karla Santos da Silva Lizardo** pessoa pela qual tenho admiração e respeito muito grande, por ter acreditado na realização deste trabalho.

Aos colegas da faculdade por sempre me ajudar nas dúvidas. Agradeço aos amigos que participaram direta e os que participaram indiretamente para a conclusão deste trabalho. A esta faculdade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

À banca examinadora por aceitar participar desta avaliação. Temos muitas pessoas a agradecer em razão da ajuda, da acolhida, do incentivo, das críticas e das sugestões que nos deram, algumas dessas em especial as minhas professoras **Enf. Maria Bernadete dos Santos Coelho, Enf. MSC. Bruna Santana, Enf. Elaine Erika de Oliveira**, que são exemplos de grandes profissionais, agradeço a elas pelas exigências no meu aprendizado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itaituba – Pará e Diretorias do Hospital Municipal de Itaituba, pela contribuição na realização desta pesquisa.

*Não temas porque eu sou contigo, não te assombres  
porque eu sou o teu Deus, eu te sustento e te ajudo  
com a destra da minha justiça.*

*Isaías 41:10*

## **RESUMO**

A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro, assim o estudo justifica a necessidade de pesquisa sobre o atendimento ao usuário dos serviços de urgência e emergência do hospital municipal de Itaituba-PA. O presente estudo objetivou analisar como ocorre o acesso do usuário do SUS sobre o atendimento de urgência e emergência, assim como sua satisfação e insatisfação em relação ao atendimento. O atendimento em serviços de urgência e emergência requer preparo do profissional no qual o mesmo deve estar qualificado para o atendimento ao usuário. Hoje é um dos aspectos mais importante na busca da satisfação e fidelidade dos usuários. A demanda nos serviços de urgência e emergência faz com que o atendimento se torne ineficiente devido também a ineficiência do atendimento da atenção primária, bem como a dificuldade dos usuários em acessar esse serviço, em razão de suprir essa demanda de atendimento que a urgência emergência sofre a superlotação, fazendo com que haja a queda da qualidade do atendimento prestado. Os usuários se sentem insatisfeitos devido a falta de linguagem clara nos diversos setores bem como: recepção, triagem, consulta de enfermagem e consulta médica. O ministério da saúde do Brasil lançou o programa nacional de humanização da assistência hospitalar (PNHAH), para aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade, para melhoria do atendimento público do Brasil. A metodologia utilizada caracteriza-se como quantiquantitativa, sendo realizada por meio de entrevista com questionário a 600 usuários da emergência do Hospital Municipal de Itaituba. Portanto conclui-se que o atendimento humanizado é possível de ser alcançado por meio de pequenas ações: olhar atento, ambiente confortável, material e equipamentos suficientes adequados, pois a aplicação correta de recursos são fatores condicionais para a humanização.

Palavras-chaves: Humanização. Atendimento. Satisfação. Insatisfação. Urgência e Emergência.

## ABSTRACT

The humanization of health care is a current and growing demand in the Brazilian context, so the study justifies the need for research on the user service of the emergency and emergency services of the municipal hospital of Itaituba-PA. The present study aimed to analyze how the user's access to the emergency and emergency care, as well as their satisfaction and dissatisfaction with the service, occur. Emergency and emergency services require preparation of the professional in which the professional must be qualified to attend to the user. Today is one of the most important aspects in the pursuit of user satisfaction and loyalty. The demand in emergency and emergency services makes both care inefficient due to the inefficiency of the primary care service, as well as the difficulty of the users to access this service. Because of meeting this demand for care that emergency urgency suffers from overcrowding, causing the quality of care to fall. Users feel dissatisfied due to lack of clear language in the various sectors as well: reception, screening, nursing consultation and medical consultation. The Brazilian Ministry of Health launched the National Humanization Program of Hospital Assistance (PNHAH) to improve the relationship of health professionals, both with each other and with the hospital with the community, to improve public care in Brazil. However, it is considered a humanized hospital and its physical, technological, human and administrative structure values and respects the person, placing himself at the service of this person, guaranteeing him a high quality care. Therefore it is concluded that humanized care is possible to be achieved through small actions: attentive look, comfortable environment, adequate equipment and adequate equipment, because the correct application of resources are conditional factors for humanization.

Key - words: Humanization. Attendance. Satisfaction. Dissatisfaction. Urgency and emergency. Over crowded.

## LISTA DE SIGLAS

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem

EFI- Ensino Fundamental Incompleto

EFC- Ensino Fundamental Completo

EMI- Ensino Médio Incompleto

EMC- Ensino Médio Completo

EPI- Equipamentos de Proteção Individual

ESI- Ensino Superior Incompleto

ESC- Ensino Superior Completo

FAI- Faculdade de Itaituba

HMI - Hospital municipal de Itaituba

MS - Ministério da Saúde

PNHAH- Programa nacional de humanização da assistência hospitalar

PNH - Política Nacional de Humanização

PS - Pronto socorro

RHS - Rede de Humanização em Saúde

SAE - Sistematização de Assistência em Enfermagem

SUS - Sistema único de saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de pronto atendimento

## LISTA DE FIGURAS

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Primeiro Hospital do Brasil.....      | 19 |
| Figura 2 - Protocolo de Manchester.....          | 22 |
| Figura 3 -Hospital Municipal de Itaituba-PA..... | 33 |

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percepção sobre humanização no atendimento, por usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018.....

Gráfico 2 - Nível de satisfação no atendimento, por usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018.....

## LISTA DE TABELAS

|           |                                                                                                                                                                |    |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1- | Dados pessoais dos usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018.....                            | 36 |
| Tabela 2- | Etiologias de atendimentos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, por usuários no segundo semestre de 2018.....                          | 38 |
| Tabela 3- | Tempo de espera de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018.....                            | 39 |
| Tabela 4- | Atendimento profissional de usuários da urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018.....                             | 40 |
| Tabela 5- | Tratamento recebidos, conforme a percepção de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018..... | 41 |
| Tabela 6- | Avaliação do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018.....                                             | 44 |
| Tabela 7- | Sugestões de melhoria, conforme usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018.....               | 46 |

## SUMÁRIO

|              |                                                                              |           |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                      | <b>13</b> |
| <b>2</b>     | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>                                           | <b>16</b> |
| 2.1          | SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL .....                                                | 16        |
| 2.2          | LEGISLAÇÕES VOLTADAS PARA SAÚDE PÚBLICA .....                                | 16        |
| 2.3          | URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....                                                   | 17        |
| <b>2.3.1</b> | <b>Atendimento de Urgência e Emergência no Brasil.....</b>                   | <b>18</b> |
| 2.4          | PRONTO SOCORRO.....                                                          | 21        |
| 2.5          | ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....                                   | 21        |
| <b>2.5.1</b> | <b>Relações Humanas no atendimento de Urgência e Emergência..</b>            | <b>23</b> |
| <b>2.5.2</b> | <b>Atendimento ao Cliente.....</b>                                           | <b>26</b> |
| 2.6          | HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA .....                                             | 27        |
| 2.7          | IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO<br>ATENDIMENTO DO USUÁRIO DO SUS..... | 29        |
| <b>3</b>     | <b>METODOLOGIA .....</b>                                                     | <b>32</b> |
| 3.1          | TIPO DE ESTUDO.....                                                          | 32        |
| 3.2          | LOCAL DE CONTEXTO .....                                                      | 32        |
| 3.3          | FONTES DE INFORMAÇÕES.....                                                   | 33        |
| 3.4          | DADOS DE INCLUSÃO .....                                                      | 34        |
| 3.5          | DADOS DE EXCLUSÃO .....                                                      | 34        |
| 3.6          | TÉCNICAS DE COLETAS E ANÁLISE DE DADOS.....                                  | 34        |
| 3.7          | AValiação dos Riscos .....                                                   | 34        |
| 3.8          | AValiação dos Benefícios .....                                               | 35        |
| 3.9          | ASPECTOS ÉTICOS.....                                                         | 35        |
| <b>4</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                                          | <b>36</b> |
| <b>5</b>     | <b>CONCLUSÃO .....</b>                                                       | <b>48</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                      | <b>50</b> |
|              | <b>ANEXOS.....</b>                                                           | <b>53</b> |
|              | <b>APÊNDICES.....</b>                                                        | <b>55</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

As pessoas de modo geral, em suas relações interpessoais, esperam ser tratadas com respeito e de maneira cordial, principalmente em seus processos de adoecimento, quando estão vulneráveis, física e emocionalmente, assim, o fato de compreender a saúde plena um indivíduo e seu processo de doença, auxilia no acolhimento, bem como na postura diante de reações decorrentes do comportamento impulsivo de um indivíduo (VALENTINA, 2013).

Instituições de pronto atendimento públicas, têm normas e regras quanto à forma de tratamento de seus usuários, tomando como base, os princípios éticos das relações sociais e interpessoais, onde o atendimento nos ambientes hospitalares, precisam ser equilibrados, rápidos, racionais e humanizados, sendo que a maneira como os clientes/pacientes chegam ao atendimento, determina o tipo de intervenção e acolhimento (BRASIL, 2017).

Diante deste contexto, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou possível um conjunto de políticas e estratégias, para a superação de dificuldades existentes no processo de acolhimento, dentre elas, a institucionalização da Política Nacional de Humanização (PNH), por meio de instrumentos técnicos, gerenciais e éticos, para a garantia do acesso e da integralidade da atenção aos usuários nos serviços de saúde (NONNENMACHER *et al.*, 2012).

O que ocorre no cotidiano dos hospitais públicos e nos setores de urgência e emergência, são os mais diversos tipos de problemas, que podem ter efeitos diversos, seja por que os indivíduos que procuram o hospital já cheguem com um determinado grau de estresse, ou pela falta de empatia da equipe multiprofissional em atendimento (VALENTINA, 2013).

Assim, o modo de receber/acolher indivíduos permite avaliar riscos, definindo prioridade para o atendimento tendo em vista o potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, sendo mais que uma forma de organizar a porta de entrada de um serviço, mas antes de tudo, uma postura ética para com a vida de cada usuário que a busca (NONNENMACHER *et al.*, 2012).

Neste sentido, o acolhimento modifica o processo de trabalho, na medida em que propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, tomando como princípios o atendimento de todas as pessoas que buscam os

serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; a reorganização do processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para o trabalho de uma equipe multiprofissional; e a qualificação da relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (PINHO *et al.*, 2009).

O presente estudo justifica-se pela necessidade do bom atendimento as pessoas em ambiente hospitalar, tanto clientes/pacientes, como acompanhantes, que na maioria das vezes já chegam no pronto atendimento, com abalo psicológico e, tomando esse embasamento, notou-se que uma das principais instituições de pronto atendimento, que precisa de compreensão sobre a qualidade de seu atendimento, é o Hospital Municipal de Itaituba (HMI), especificamente o setor de urgência e emergência.

Assim, nota-se a dificuldade do usuário no reconhecimento da metodologia de atendimento no presente setor, no serviço público de Itaituba, para qualificar a assistência recebida. Diante disso, o presente trabalho é norteado pela seguinte indagação: Qual a percepção do usuário do serviço de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), em relação ao atendimento de urgência e emergência?

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagens metodológicas quali-quantitativa, descritiva e subsidio bibliográfico, sobre o tema referido, tendo como objetivo geral: Descrever a percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba-PA, a fim de avaliar a qualidade da assistência prestada. Tendo como objetivos específicos: Relatar quanto o atendimento de urgência e emergência nos serviços públicos, com foco no acolhimento e humanização da assistência; Analisar se há satisfação do usuário em relação ao atendimento; Verificar as situações que levam o usuário a buscar atendimento na urgência e emergência.

A relevância desse trabalho é demonstrar como está sendo avaliada a assistência de urgência e emergência, sob a ótica do usuário do SUS, a fim de contribuir para a saúde pública local e políticas de humanização, através da base literária desenvolvida, subdividido em cinco capítulos, sendo eles: Introdução, que fala sobre o tema abordado; Fundamentação teórica, para subsidio bibliográfico da pesquisa; Metodologia da pesquisa; Resultados e discussão, com a finalidade de demonstrar os dados obtidos em campo, com intuito de gerar críticas e debate sobre

a temática descrita; Conclusão expondo o que se extraiu através do presente estudo e suas contribuições científicas para a saúde pública, sucedida de elementos pós textuais como referência, apêndices e anexos, para sustentação metodológica.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Conforme Brasil (2010), a história da saúde pública no Brasil começa a partir do período colonial, onde os conflitos com indígenas e as dificuldades materiais auxiliavam no surgimento de múltiplas e freqüentes enfermidades, no século XVI, foram criados os cargos físico-mor e cirurgião-mor. Estes tinham como função zelar pela saúde da população e não havia interesse dos médicos formados na Europa virem para o Brasil, pois seus salários eram baixos e os perigos evidentes na época colonial.

Ainda para este autor, a partir da Era de Vargas (1930-1945), foi instituída uma nova ordem na saúde, onde o estado tinha o compromisso de zelar pelo bem-estar sanitário da população e os necessitados que não possuísem dinheiro, procuravam os hospitais filantrópicos que faziam os tratamentos sem cobrar, pois apesar dos esforços, a administração de Vargas não conseguiu minimizar a falta de assistência médica à população (BRASIL, 2010).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, mas ainda era péssima a situação da saúde coletiva no país, pois faltavam funcionários, equipamentos apropriados, postos de atendimento e ânimo dos servidores. Já entre os anos 80 e 90 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), este tinha função de organizar regionalmente as ações do Ministério da Saúde e também dos órgãos estaduais e municipais relacionados aos serviços (BRASIL, 2004b).

### **2.2 LEGISLAÇÕES VOLTADAS PARA A SAÚDE PÚBLICA**

A partir da criação do ministério da saúde, instituíram-se duas importantes leis na saúde pública brasileira, as leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2010).

Assim, a constituição brasileira de 1988 diz que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2004b).

De acordo com A Lei nº 8080/90, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 2005a).

Ainda conforme a lei nº 8080/90, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, não excluindo as pessoas, famílias sociedade (BRASIL, 1990).

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País, que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (SANTOS, 2008).

Segundo a portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde salienta as situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade; Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema. O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação; quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios (BRASIL, 2009).

## 2.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para abordar a temática urgência e emergência se faz necessário compreender ambos os significados. Sendo assim o Conselho Federal de Medicina (1995) em sua Resolução CFM nº 1451/95, dispõe do seguinte conceito.

Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2014).

Segundo Santos (2008), considera-se urgência uma prioridade moderada de atendimento, cujo portador necessita de atendimento mediato, pois não há risco de morte, nos quais o Ministério da Saúde determina que os procedimentos dos serviços de urgência e emergência devem ser caracterizados em três modalidades, considerando como critério a gravidade e a complexidade do caso a ser tratado.

Ainda para Santos (2008), se caracteriza os atendimentos das seguintes formas: urgência de baixa e média complexidade (quando o paciente não corre risco de morte); urgência de alta complexidade (paciente apresenta um quadro crítico ou agudo, porém não há risco de morte); emergência (casos em que há risco de morte).

O termo emergência é definido como uma categoria na triagem onde a assistência é prestada em casos de prejuízo à saúde com risco de vida potencial ou qualquer alteração no organismo que exigem tratamento imediato, da mesma forma que a emergência, a urgência é considerada uma categoria de triagem, no entanto o cuidado é fornecido em casos de doença grave ou danosa saúde que não conduz um risco de morte (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

Assim, a emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato. Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas horas. As situações não urgentes podem ser referidas para o pronto atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as já descritas anteriormente (LOPES, 2009).

### **2.3.1 Atendimento de Urgência e Emergência no Brasil**

O Sistema Único de Saúde determina um atendimento obrigatório e gratuito na área de saúde a qualquer cidadão e tem por finalidade uma assistência integral à população (COSTA, 2009).

Segundo Geovanini (2005), a primeira Santa Casa de Misericórdia do Brasil foi fundada em 1543, em Vila Santos na cidade de Santos, sendo edificadas posteriormente no Rio de Janeiro e Porto Alegre, na qual os cuidados eram prestados por voluntários e escravos (Figura 1).



Figura 1 – Primeiro hospital do Brasil. Fonte: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

O serviço de urgência e emergência surge no Brasil no ano de 1893, a partir de um evento, nomeado de Socorro Médico de Urgência, a partir de iniciativas de poderes públicos e instituições particulares na tentativa de organizar a assistência a doentes, afogados e feridos na rua (COELHO; CALDAS, 2006).

Conforme Geovanini (2005), os primeiros postos de prontos-socorros de assistência médica, foram direcionados para o atendimento de pessoas carentes, onde os cuidados eram prestados por comissários e subcomissários de higiene e assistência pública, este atendimento era prestado no período de 24 horas por dia. Posteriormente esta forma de atendimento foi estendida para hospitais estruturados, com a finalidade de prestar assistência eficiente às urgências e emergências.

De acordo com Costa (2009), nos dias atuais, observa-se o aumento na procura por este serviço de saúde, em consequência de vários fatores, tais como mudanças demográficas (envelhecimento), novas doenças (estresse, doenças cardiovasculares), novos tratamentos e a expectativa de vida, motivado pela busca de uma condição melhor na qualidade de vida.

A assistência à saúde no setor de urgência e emergência tem sido utilizada de forma demasiada nos últimos anos, devido ao número de acidentes, a violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, ocasionando uma alta demanda neste setor, sendo este um importante componente no atendimento à saúde (BRASIL, 2002).

Ainda hoje o atendimento as urgências se dá principalmente pelo Pronto Socorro (PS), considerado uma porta de entrada dos serviços do sistema de saúde, este que deve manter seu funcionamento 24 horas do dia, estando estruturados e equipados, de modo a acolher pacientes com quadro de urgência propriamente dita, com quadros percebidos como urgência e pacientes desgarrados da atenção primária e especializadas, ocasionando a superlotação desse setor e comprometendo à qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2002).

Segundo Coelho e Caldas (2006), a assistência neste setor, não se limita à população local, mas sim a prestação de serviços públicos sem restrições quanto ao tipo de clientela, fazendo desse serviço uma porta de entrada para os demais níveis de assistência. Diante disso a população busca esse serviço como uma alternativa para acesso a assistência, na tentativa de resolução de problemas e alívio de suas angústias.

Desse modo, vem sendo utilizada de forma inadequada por problemas que poderiam ser resolvidos em nível de menor complexidade, acarretando em aumento de custo e afetando de forma negativa a qualidade da assistência prestada neste serviço (CARRET, 2007).

Segundo a portaria nº 2048 do Ministério da Saúde (2002), uma das razões que implicam nos repetitivos retornos ao setor de urgência, é a ausência de articulação com o restante da rede assistencial, causando insatisfação com a atenção primária, atendimento de baixa qualidade e pequena resolutividade nos problemas.

O Sistema estadual de urgências e emergências deve estabelecer uma estratégia de promoção à saúde, com orientações, pois também se beneficiam dessa ação. Após a resolução de situações agudas, os pacientes devem ser direcionados a locais apropriados para continuidade do tratamento de forma a prestar uma assistência integral e integrada (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde em parcerias com as secretarias estaduais de urgência e emergência propõe a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, pois esta além de permitir uma melhor organização da assistência articula os serviços e define melhor os fluxos, destacando a referência resolutiva como um elemento indispensável para uma integralidade na assistência prestada (BRASIL, 2002).

## 2.4 PRONTOS SOCORROS

Emergência (em latim) significa ocorrência perigosa, situação crítica ou necessidade imediata. Urgência (em latim – Urgentia) significa pressa, rapidez, brevidade imediata. O atendimento pré-hospitalar é definido como o atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à saúde. (NASI, 2005).

Segundo Oliveira (2004), urgência-emergência é o atendimento nos primeiros minutos após a deficiência da saúde física do paciente, prestando assim um atendimento adequado e um transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado.

O usuário ao dar entrada em uma unidade de urgência, certamente se encontra angustiada e com dor, nesse momento o espaço físico também pode exercer influência positiva ou negativa, pois o mesmo não quer e não merece ser submetido a desconfortos adicionais advindos de uma estrutura física inadequada. (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Uma estrutura física planejada e adequada a este setor favorece a qualidade do atendimento, acolhe o usuário de maneira eficaz e reduz o risco de danos associados a ações improvisadas (POLL; LUNARDI; LUNARDI, 2008).

Em relação à atuação da enfermagem neste setor, a estrutura física dos serviços de emergência pode ser fonte de estresse para os profissionais atuantes nessa área (LIMA *et al.*, 2013).

Desse modo, esse campo de ação deve oferecer um espaço físico suficiente para que todos os procedimentos sejam realizados de maneira adequada sem nenhum acidente de percurso (COSTA; ARAUJO; BARROS, 2008).

## 2.5ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O setor de urgência e emergência é classificado como principal porta de acesso do sistema de saúde e ampara os usuários com as mais diversificadas queixas e agravos à saúde em caráter de urgência ou não. Essa realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais dos serviços, entre eles a ausência de acolhimento com classificação de risco, o que define o atendimento por ordem de chegada, ocasionando graves prejuízos aos usuários (BRASIL, 2002).

A Portaria 2.048/2002 propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências o “acolhimento com classificação de risco”. Esse processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (Figura 2) (BRASIL, 2002).



**Figura 2:** Protocolo de Manchester, classificação de risco. **Fonte:** Brasil, 2002.

A classificação de risco é um recurso dinâmico de reconhecimento de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o possível risco, prejuízo à saúde ou intensidade de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não por ordem de chegada ao serviço (BRASIL, 2004).

Fortalecendo as diretrizes do SUS, a Política Nacional de Humanização cita que todo usuário que procura atendimento, deve receber atenção resolutive, humanizada e acolhedora a partir do reconhecimento de seu problema. Dessa maneira, essa política sugere que todas as unidades de atendimento médico elaborem protocolos clínicos de classificação de risco para priorizar os mais enfermos, para respaldo do profissional, estruturar o fluxo de usuários e atender de forma a garantir o direito de todo cidadão a saúde, evitando assim a restrição do usuário na porta de entrada (BRASIL, 2009).

O acolhimento com classificação de risco permite a extensão da resolutividade ao incorporar critérios que abordam toda complexidade dos fenômenos saúde/doença, o nível de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, reduzindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (SERVIN et al. 2009).

Para o enfermeiro que realiza a classificação de risco é crucial a habilidade da escuta qualificada, avaliação e registro completo da queixa principal, saber trabalhar em equipe, ter raciocínio crítico e rapidez para tomada de decisões, e ainda, conhecer os sistemas de apoio da rede assistencial para melhor encaminhamento do usuário (SOUZA et al., 2009).

Para Lopes (2011), a inter-relação entre os distintos níveis de serviços de saúde e a aquisição de referências resolutivas, são elementos fundamentais para promover a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade da atenção prestada.

### **2.5.1 Relações Humanas no atendimento de urgência e emergência**

As relações humanas são essências para qualquer ambiente, elas são preciosas e necessárias. Em todas as instancias sociais, quando são respeitadas o funcionamento de qualquer departamento ou instituição conseguem equilibrar os ânimos e dessa forma a obrigações que serão construídas com o passar do tempo se tornam fundamental (BRASIL, 2005b).

Partindo dessas idéias é importante perceber que um dos locais onde mais se tornam necessárias às relações humanas é no setor de urgência e emergências, logo é um local que as pessoas que estão doentes sempre recorrem isso quando são situações graves (SERVIN et al., 2009).

O atendimento de emergência nas Unidades Hospitalares tem importante papel na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo. Recuperar a saúde e mantê-la se estabelece com uma assistência à saúde de qualidade e equipe multidisciplinar voltada para o indivíduo como um todo na sua integralidade, atentando para aspectos que envolvem a atuação eficaz, eficiente, rápida e com bom conhecimento clínico e científico (ROCHA, 2012).

De acordo com os autores esses setores é um ponto que é determinante na recuperação pessoa que está doente. É o primeiro setor onde são feitas as primeiras avaliações do estado físico da pessoa que está doente. Basicamente nesses setores tem pessoas chorando, sangrando, com desmaios, com dores de cabeças, dores físicas entre dezenas de outras situações que ocorrem constantemente (VALENTINA, 2013).

De acordo com o texto fica claro que urgência está relacionada diretamente com indivíduos que precisam ter prioridades, isso porque seu estado não está bom. Esse estado crítico, é um estado de risco, por conta disso se torna um ponto no processo de atendimento desses indivíduos com uma cautela precisa (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido um profissional é essencial, o enfermeiro que está diretamente na linha de frente desse ambiente, de acordo com a profissão onde se identifica o elevado nível de estresse dos profissionais é a de enfermagem, onde relaciona a sua responsabilidade em lidar cotidianamente com seres humanos buscando restabelecer a sua saúde, por meio de ações que lhes propiciem a melhoria de sua qualidade de vida. O estresse no trabalho ocorre quando o ambiente de trabalho é percebido como uma ameaça ao indivíduo, repercutindo no plano pessoal e profissional, surgindo demandas maiores do que a sua capacidade de enfrentamento. Um dos maiores questionamentos e provavelmente fator de causa de estresse, seja a carga horária elevada de trabalho (VALENTINA, 2013).

Diante da necessidade do paciente ser atendido é necessário o profissional saber a diferença entre urgência e emergência, a urgência é definida como qualidade de urgente, a emergência é definida como ação de emergir. Uma emergência é o surgimento de 'alguma coisa': ela é um acontecimento. A definição introduz critérios que caracterizam essa ocorrência: o caráter repentino e imprevisto

de sua manifestação, assim como o seu caráter crítico e perigoso. Esses critérios estão ausentes na definição da “urgência” (JACQUEMONT, 2005).

O enfermeiro é um profissional que recebe um paciente que está doente e que vem sobrecarregado com dezenas de outros problemas de trabalho, ou a falta de trabalho, problemas familiares, escolares ou sociais, os mais diversos de forma geral. Essas pessoas quando entram em crises e ficam doentes elas recorrem aos hospitais, os problemas desses indivíduos aumentam mais quando estão doentes e precisam da urgência e emergências (BRASIL, 2004b).

Quando esses pacientes chegam aos hospitais eles têm contato direto com profissionais desde atendimento do vigia, porteiro e os enfermeiros que faz os primeiros atendimentos e essas pessoas também estão sobrecarregadas dos problemas e desafios no setor de urgência e emergência (COREN, 2017).

Ainda para o Coren (2017), o enfermeiro especialista é o profissional com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializada na área da sua especialidade.

O enfermeiro é um profissional que tem todas as condições de atender as pessoas doentes, logo o mesmo é habilitado e possui um documento chamado Corem. Todos os enfermeiros sempre estão diretamente em contato com essas pessoas e isso envolver a cura do estado físico e estado emocional (JACQUEMONT, 2005).

Esses profissionais da saúde os enfermeiros precisa lidar com seus problemas particulares, mais no ambiente voltado ao tratamento de outras pessoas precisam estar focado na saúde dos pacientes, logo esse é um setor que requer atenção, de acordo com o Ministério da saúde o serviço de urgência e emergência de maior complexidade deve contar com profissionais especializados de acordo com o perfil de atenção, capacitados para atendimento das urgências e emergências” é reconhecido que o grau de complexidade desses ambientes é diverso (BRASIL, 2014).

Neste contexto, a enfermagem participa de todos os processos, tanto na urgência quanto na emergência são diversos locais onde os profissionais de

enfermagem podem atuar como por exemplo: Unidades de atendimento pré-hospitalar; Unidades de saúde 24 horas; Pronto socorro; Unidades de terapia intensiva; Unidades de dor torácica; Unidade de terapia intensiva neonatal E até mesmo em unidades de internação (SILVA, 2010).

Esses profissionais de acordo com o autor podem atender nas mais diferentes áreas. Basicamente todos os setores de um hospital o enfermeiro esta presente, mais ainda na urgência e emergência. Suas habilidades são essências para os equilíbrios dessas instituições de saúde (SANTOS, 2005).

O treinamento desses profissionais é voltado para momentos mais calmos até as turbulências que esses ambientes podem causar e os impactos dos mais diversos momentos que em todos os momentos mudam nos hospitais, o atendimento das 'urgências' e emergências, elas existem a ponto de justificar uma ordem de prioridade no atendimento e o enfermeiro precisa sempre está atento a forma de atendimento do mesmo no ambiente hospitalar e dessa forma fazer seu melhor já que o grau de complexidade desse ambiente é grande (JACQUEMONT, 2005).

### **2.5.2 Atendimento Cliente/Paciente**

Garcia (2005) identifica como cliente aquele que possui algum tipo de doença e necessita utilizar de empresas prestadoras de serviços de saúde ou de profissionais que atuam de forma autônoma, sendo que o diagnóstico de uma doença grave é um momento de ruptura, onde a pessoa tem que interromper projetos para se dedicar a algo que não conhece.

Ainda segundo o autor, o fato de procurar um atendimento médico gera uma crise: a relação entre médico e paciente torna-se delicada e frágil, pois o paciente encontra-se num estágio onde seu psicológico está abalado.

Adoecer, nesta sociedade, é conseqüentemente deixar de produzir e, portanto, dizer; logo, a pessoa deve ser ocultada ou excluída, até porque dificulta que os outros amigos e familiares também produzam. O hospital perfaz este papel, recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente a sua situação anterior (GARCIA, 2005).

Conforme Aurélio (2002), o significado de satisfação tem pelo ato ou efeito de satisfazer-se, contentamento, alegria e outras interpretações, onde a satisfação é a

é função do desempenho percebido e das expectativas. Se o desempenho ficar longe das expectativas, a satisfação consiste na sensação de prazer de um resultado percebido pelo consumidor com relação às suas expectativas.

Um alto nível de satisfação pode criar um vínculo emocional com o consumidor do produto ou serviço, e com isso poderá gerar um alto grau de fidelidade do cliente. Ou seja, a probabilidade de satisfação dependerá da oferta de atender ou não a expectativa dos clientes (KOTLER, 2000).

Assim, Garcia (2005) entende que o paciente/cliente percebe a qualidade de um serviço a partir de suas necessidades anteriores, ou seja, se anteriormente ele precisou de algum atendimento de saúde e foi bem atendido, superando ou satisfazendo suas expectativas, quando precisar novamente este retornará com a expectativa de ser bem atendido, uma vez que o paciente já procura atendimento debilitado e com problemas físicos e emocionais.

## 2.6 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Com isso, aponta a complexidade do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação à luz da Humanização, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (SANTOS, 2005).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b).

Na construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004b).

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2004b).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (SANTOS, 2005).

O mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização na rede de atenção SUS, no Ministério da Saúde, a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles constituem aspectos importantes na construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS). E pode-se dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004b).

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalha no esforço de consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas, a fim de reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, devendo estar disponível para todo usuário do SUS (SANTOS, 2005).

Assim, o conhecimento de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde que se responsabilizarão por sua referência territorial, a fim de garantir o repasse de informação e a presença de acompanhante (de livre escolha) nas unidades de saúde e garantir a concretização dos direitos do código dos usuários do SUS e possibilitar a gestão participativa nas unidades para os trabalhadores e usuários, assim como garantir educação permanente aos trabalhadores, por meio do HUMANIZASUS, que apresenta diferentes diretrizes de acordo com o nível de atenção: Atenção Básica, Atenção de Urgência e Atenção Especializada (BRASIL, 2004).

Na Atenção de Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos prontos atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros, as diretrizes a serem seguidas

são: acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; Comprometer-se com a referência e a contra referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários; Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (SANTOS, 2005).

## 2.7 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DO USUARIO DO SUS

A abordagem da história da enfermagem e seu desenvolvimento quanto às práticas de saúde está relacionada às estruturas sociais de determinada época e cada período histórico é diferenciado de acordo com sua filosofia, política e ideologia que caracteriza a evolução e trajetória das práticas de saúde, na qual a enfermagem está inserida (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Durante o século V a.C, as doenças eram entendidas como castigo de Deus ou consequência do poder do demônio. Por este motivo eram os sacerdotes, feiticeiros e curandeiros que de fato prestavam os cuidados aos enfermos, utilizando banho de água quente ou fria, com a finalidade de purificar a alma e medicamentos empíricos, a partir de plantas e ervas (OGUISSO, 2007).

A medicina tornou-se científica, com a figura de Hipócrates, considerado pai da medicina que propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar com preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo da inspeção e da observação. Esse método permitia realizar diagnóstico, prognóstico e a terapêutica, com destaque nessa época às práticas de higiene no cuidado com a saúde (GEOVANINI *et al.*, 2005).

A revolução industrial trouxe consigo o avanço da medicina e melhoria para área da saúde, devido à modernização, e avanços tecnológicos com o surgimento de aparelhos modernos que contribuíram para a melhoria e rapidez no trabalho contra várias doenças, favorecendo na reorganização dos hospitais (BARRA *et al.*, 2006).

A enfermagem passou a ganhar força a partir do momento em que Florence Nightingale é convidada para prestar cuidados aos soldados feridos, durante a

Guerra da Criméia, em 1854. Seus saberes e práticas de enfermagem contribuíram para que fosse considerada fundadora da enfermagem moderna em todo o mundo. Ao retornar da guerra fundou-se uma escola de enfermagem, na qual a enfermagem surge não mais como uma atividade empírica e sim como uma profissão (COSTA *et al.*, 2009).

Segundo Grisard e Vieira (2008), do mesmo modo que na Europa, o Brasil contou com Ana Néri, que assim como Florence Nightingale, foi para o campo de batalha prestar cuidados a soldados brasileiros, durante a guerra do Paraguai, tornando-se pioneira da enfermagem no Brasil. Em virtude de sua importância, criou-se a primeira escola oficial de enfermagem no país.

Em 1926 foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, denominada hoje, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que teve sua origem estreitamente ligada a escola de enfermagem Ana Néri, associação essa que surgiu para contribuir com o desenvolvimento da profissão no Brasil (FREITAS, 2007).

Considerando-se a necessidade, devido sua evolução, a enfermagem foi restabelecida com a finalidade do processo de trabalho ser desenvolvido por uma equipe, na qual há hierarquização, sendo este desenvolvido por diversos agentes dessa equipe (enfermeiro, auxiliar e técnico em enfermagem) com o objetivo de possibilitar uma assistência direta ao paciente (SHOELLER, 2005).

Pires (2009) considera a enfermagem uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados para prestar assistência conforme o código de ética e regras para o exercício da profissão, no qual cada membro da equipe exerce suas atividades de acordo com que lhe compete.

O processo do cuidar refere-se a ações prestadas para auxiliar o indivíduo em situações, na qual não consegue ou tem dificuldades para satisfazer suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais. Para que esse processo seja realizado com qualidade, é necessário adotar um método que auxilie a equipe de enfermagem a organizar a assistência prestada, de modo a beneficiar tanto os profissionais, clientes e a instituição (SILVA, 2006).

O Processo de Enfermagem é direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que conduz o desenvolvimento e organização do trabalho, sendo o enfermeiro do setor o responsável por detectar as prioridades e

necessidades de cada paciente, fornecendo uma direção à equipe através das possíveis intervenções (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

No Brasil, o uso da sistematização das ações de enfermagem aconteceu a partir da publicação do livro “Processo de Enfermagem” de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, onde ela propôs uma metodologia, a qual denominou processo de enfermagem que compõe cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição e evolução de enfermagem (HORTA apud KLETEMBERG *et al.*, 2010).

O desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem esteve contextualizado nos caminhos cursados para a profissionalização da categoria no Brasil, que foi fundada sob interesses do governo, mercado de trabalho e do ensino de enfermagem (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Em todo o mundo a enfermagem forma o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde. É o grupo profissional mais vastamente distribuído e com os mais diversos papéis, funções e responsabilidades (STOLARSKI *et al.*, 2009).

Conforme Soares; Brunner e Suddarth. (2011) no Brasil, o exercício da Enfermagem é regulamentado e seus profissionais (auxiliar, técnico e enfermeiro) têm suas atribuições especificadas no Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Esse Decreto descreve quais são os profissionais de enfermagem e suas atribuições.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

A fim de entender melhor o tema aqui proposto, este estudo, caracteriza-se por pesquisa de campo, com abordagens, quali-quantitativa e descritiva há cerca da avaliação do usuário do serviço de urgência e emergência, do hospital municipal de Itaituba (HMI).

Define-se como pesquisa de campo, um conjunto de atividades realizadas de modo sistemático, correspondendo à observação, coleta, análise e interpretação de fatos e fenômenos que ocorrem dentro de seus nichos, cenários e ambientes naturais de vivência e que seja conectado a uma realidade (RUDIO, 2007).

A pesquisa qualitativa, corresponde a uma avaliação de todas as informações colhidas, no ato na aplicação dos procedimentos metodológicos, demonstrada assim, através da exposição dos resultados coletados (MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Teixeira (2012) aborda que a pesquisa quantitativa, utiliza descrição observatória, a fim de descrever causas fenomenológicas e suas relações com variáveis, através de dados matemáticos entre amostra e população estudada, envolvendo assim o uso de técnicas padronizadas.

Em relação a abordagem descritiva, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador, procurando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

#### **3.2 LOCAL CONTEXTO**

Os procedimentos de coleta foram realizados no município de Itaituba, no estado do Pará, tendo como campo de pesquisa, o setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba-HMI (Figura 03).

O Hospital Municipal de Itaituba está localizado a Trav. José Ribeiro dos Anjos, s/n, Bairro de Boa Esperança, sendo o único hospital público do município até o momento, de pronto atendimento (porta aberta) cerca de 97. 343 habitantes, servindo como referência para internações em clínicas básicas para toda a região de saúde da região do médio Tapajós, composta de seis municípios: Itaituba, Aveiro, Novo Progresso, Jacareacanga, Rurópolis e Trairão (BRASIL, 2018).



Figura 3: Hospital Municipal de Itaituba-PA. Fonte: Lopes, 2018.

De acordo com o seu organograma funcional, o setor de urgência e emergência da unidade hospitalar, atende cerca de 60.000 pacientes ano, 5.000 por mês e 1.170 por semana, conforme referido pela direção clínica do hospital. Sua estrutura física é composta pela sala de Urgência e emergência onde compõe consultórios médicos, sala de atendimento a paciente critico/sala de estabilização, setor de curativo/sutura e alas para repouso e observação (BRASIL, 2018).

Em se tratando especificamente do serviço de urgência/emergência, este tem como principais atribuições: garantir a realização de procedimentos médicos de baixa e média complexidade; manter funcionamento de modo interrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana; prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos e crônicos de natureza clínica; prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial e encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (ROCHA, 2012).

### 3.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

As informações foram obtidas, através de questionário semiestruturado (Apêndice C), contendo perguntas objetivas, com usuários do serviço de urgência e emergências, atendidos no período de Novembro a Dezembro de 2018, incluindo pacientes e acompanhantes, procuradores destes serviços.

### 3.4 DADOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos 600 usuários atendidos nos períodos da manhã, tarde e noite, de acordo com a demanda de atendimento de urgência e emergência do respectivo hospital, incluindo pacientes e acompanhantes, entre 18 e 70 anos, que concordaram participar deste estudo.

### 3.5 DADOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos, pacientes menores de idade, sem autorização de responsável legal ou que não concordaram em participar da pesquisa, bem como usuários de serviços privados e não relacionados a internação hospitalar.

### 3.6 TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

As coletas de dados ocorreram na sala de espera do Hospital Municipal de Itaituba, durante dois meses de pesquisa. Considerando-se que o setor atende em média 60.000 pacientes por ano, atribuiu-se uma análise de 1% do total de indivíduos, como amostra a ser estudada, correspondendo a 600 usuários.

O método utilizado neste estudo se assemelha as ferramentas utilizados em pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia estatística, onde se avaliam entre 1 e 2% de uma amostra populacional, a fim de esclarecer ou informar determinado assunto (IBGE, 2018).

Quanto as análises dos resultados obtidos, foram desenvolvidos na Faculdade de Itaituba (FAI), utilizando-se tabulação estatística e de porcentagem (%), uso de gráficos, quadros e tabelas, com auxílio do sistema operacional Windows 2010 e Microsoft's Word e Excel, 2010.

### 3.7 AVALIAÇÃO DOS RISCOS

Os riscos desta pesquisa incluíram constrangimento, recusa ou agressão por conta da amostra, em decorrência do estado clínico em que se encontravam, bem como risco de acidente de trajeto e alterações psicológicas por parte da pesquisadora.

Na prevenção destes riscos, se estabeleceu vínculo confiável entre pesquisadora, amostras e equipe técnica, transporte seguro, técnicas de coleta

cuidadosas, uso de equipamento de proteção individual- EPI, resguardo nos processos de manejo de conteúdo.

### 3.8 AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS

Quanto aos benefícios, esta pesquisa busca servir como modelo, para melhoria no atendimento de urgência e emergência, além da contribuição social no município de Itaituba, bem como servir como reforço da literatura pertinente ao tema.

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho resguarda-se por todos os procedimentos éticos necessários, de acordo como a resolução 466/2012, com autorização assinada pelo diretor administrativo do Hospital Municipal de Itaituba, enfermeiro **Adriano de Aguiar Coutinho** Bem como Autorização da Secretaria Municipal de Saúde, através de ofício (Apêndice A), resguardado pela Faculdade de Itaituba.

Aos participantes foram asseguradas, as condições da pesquisa, onde as informações dos dados obtidos, ofereceram o mínimo possível de risco ou prejuízo, sendo confiada somente a pesquisadora, onde seguiu-se confidenciais de informações pessoais, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice B) resguardado pelos aspectos éticos vigentes, livres de fraude, mentira ou simulação.

Este estudo não gera custos ou qualquer tipo de compensação do pesquisador, o patrocinador e a instituição assumem a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa permitirá compreender sobre o tema referido, tendo como objetivo geral: Descrever a percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba-PA, a fim de avaliar a qualidade da assistência prestada. Desta forma se apresentará a seguir dados pessoais da amostra avaliada. Foram entrevistados 600 usuários, entre 18 e 70 anos, para sustentação da pesquisa.

Tabela 1-Dados pessoais dos usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018

| <b>DADOS PESSOAIS</b>       |                   |          |
|-----------------------------|-------------------|----------|
| <b>SEXO</b>                 | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b> |
| Masculino                   | 365               | 60       |
| Feminino                    | 235               | 40       |
| TOTAL:                      | 600               | 100      |
| <b>FAIXA ETÁRIA</b>         | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b> |
| 18 a 29                     | 294               | 49       |
| 30-60                       | 253               | 42       |
| > 60                        | 53                | 9        |
| TOTAL:                      | 600               | 100      |
| <b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b> | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b> |
| EFI                         | 140               | 23       |
| EFC                         | 68                | 11       |
| EMI                         | 59                | 10       |
| EMC                         | 105               | 18       |
| ESI                         | 123               | 20       |
| ESC                         | 105               | 18       |
| TOTAL:                      | 600               | 100      |
| <b>RENDA FAMILIAR</b>       | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b> |
| ≤ 1 salário                 | 168               | 28       |
| 1 salário                   | 207               | 34       |
| 1 e 2 salários              | 147               | 24       |
| 3 e 4 salários              | 75                | 13       |
| ≥5 salários                 | 3                 | 1        |
| TOTAL:                      | 600               | 100      |

Sob o referido e dando sequência ao presente trabalho, a tabela 1, discorre sobre os dados pessoais dos usuários entrevistados, dos quais foram avaliados os seguintes indicadores: sexo, faixa etária, grau de escolaridade e renda familiar.

Em relação ao sexo, percebeu-se que o masculino 60% (365/600) em relação ao feminino 40% (235/600). Quanto a faixa etária, as idades entre 18 a 29 se sobressaíram 49% (294/600), seguida de 30 a 60, com 42% (253/600) e >60, apenas 9% (53/600).

Em relação ao grau de escolaridade, classificou-se por ensino fundamental incompleto (EFI), ensino fundamental completo (EFC), ensino médio completo (EMC), ensino médio incompleto (EMI), ensino superior incompleto (ESI) e ensino superior completo (ESC), apresentando homogeneidade entre os graus de ensino, Assim o nível de escolaridade EFI, apresentou maior percentual 23% (140/600), sucedido por ESI com 20% (123/12), os níveis EMC e ESC apresentaram ambos 18% (105/600), EFC apresentou 11% (63/600) e EMI apresentou o menor percentual com apenas 10% (59/600).

Quanto a renda familiar dos usuários, 34% (207/600) sobrevivem de 1 salário mínimo (935,00), 28% (168/600) menos de 1 salário mínimo, 24% (147/600) entre 1 e 2 salários, 13% (75/600) de 3 a 4 salário e apenas 1%(3/600) sobrevive com mais de 5 salários.

Conforme um estudo preliminar, realizado em Cascavel-PR, a fim de avaliar a qualidade no atendimento do pronto socorro do hospital público local, se identificou sobreposição do sexo masculino 51% para o feminino 49%. A faixa etária demonstrou prevalência entre 30 a 60 anos de idade representada por 43%, 11 a 29 anos de idade 38% e mais de 60 anos representada por 15%. Através da amostra pesquisada, detectaram-se os seguintes índices de escolaridade, 33% ensino médio incompleto, 29% ensino fundamental incompleto, 16% ensino médio completo, 12% ensino fundamental completo, 6% ensino superior incompleto e finalizando 4% ensino superior completo. Em relação a renda familiar, 25% recebem um salário mínimo, sendo que 9% estão entre o dobro e mais que o dobro de um salário mínimo, e somente 7% com menos de um salário mínimo (SOARES *et al.*, 2010).

Outro estudo, realizado em Cabo-Verde- SP, também apresentou predominância do sexo masculino em relação ao sexo feminino, com idades

compreendidas entre 14 e 64 anos, com ênfase no atendimento de enfermagem antes ou médico de urgência e emergência (SPAGNUOLO, 2017).

Neste sentido, os usuários procuram serviço para cuidado de suas aflições, onde passam por triagem, verificados sinais vitais, coletam-se as queixas do momento, anota-se no prontuário e encaminha-se ao médico, tendo ainda que aguardar o atendimento solicitado, independente da causa de atendimento, por isso, buscou-se saber os motivos pela procura destes usuários a tal serviço (Tabela 2).

Tabela 2 – Etiologias de atendimentos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, por usuários no segundo semestre de 2018

| CAUSA DE ATENDIMENTO   | QUANTIDADE | %          |
|------------------------|------------|------------|
| Dor aguda              | 124        | 21         |
| Febre                  | 64         | 11         |
| Fraqueza               | 34         | 5          |
| Acidente               | 46         | 7          |
| Agressão               | 3          | 1          |
| Vômito                 | 12         | 2          |
| Diarréia               | 40         | 6          |
| Doença crônica         | 7          | 1          |
| Diagnóstico indefinido | 277        | 46         |
| <b>TOTAL:</b>          | <b>600</b> | <b>100</b> |

Com base na obtenção das respostas dos entrevistados, percebeu-se que 46% dos participantes responderam que a procura pelo serviço de saúde está relacionado por um diagnóstico indefinido, e 21% disseram que procuram o hospital relatando dor aguda, e 11% por esta apresentando quadro de febre, sendo estes três os caracterizados como os mais incidentes.

Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde

que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2014).

Ainda para Santos (2008), se caracteriza os atendimentos das seguintes formas: urgência de baixa e média complexidade (quando o paciente não corre risco de morte); urgência de alta complexidade (paciente apresenta um quadro crítico ou agudo, porém não há risco de morte); emergência (casos em que há risco de morte).

Tabela 3 – Tempo de espera de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018

| ESPERA        | QUANTIDADE | %   |
|---------------|------------|-----|
| 10 a 20 min   | 310        | 51  |
| 20 a 30 min   | 139        | 23  |
| 30 a 40 min   | 63         | 11  |
| 1 hora        | 57         | 9   |
| > 1 hora      | 34         | 6   |
| <b>TOTAL:</b> | 600        | 100 |

Questionados sobre o tempo de espera no ambiente de urgência e emergência do hospital municipal de Itaituba, 51% deste falaram que ficam de 10 a 20 minutos esperando o atendimento, 23% aguardaram em torno de 30 a 40 minutos, 11% de 30 a 40 minutos, 9% esse tempo chegou a 1 hora de espera e em 6% chegou a alcançar mais de 1 hora em espera.

Assim, a emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato. Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas horas. As situações não urgentes podem ser referidas para o pronto atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as já descritas anteriormente (LOPES, 2009).

O atendimento às urgências e emergências deve ser realizado em todos os pontos de atenção a saúde, o tempo entre um atendimento e outro não deve ser

longo não ultrapassando uma hora para que cada usuário consiga ser atendido, com ações que atendam à demanda espontânea do local, devendo ressaltar a diferença entre um atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma unidade de urgência, pois na atenção básica a equipe na maioria das vezes tem conhecimento prévio da saúde da população, sendo esta registrada em prontuários (BRASIL, 2014).

Tabela 4 – Atendimento profissional de usuários da urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018

| PROFISSIONAL   | QUANTIDADE | %          |
|----------------|------------|------------|
| Medico         | 191        | 32         |
| Enfermeiro     | 302        | 50         |
| T. enfermagem  | 91         | 15         |
| Radiologista   | 9          | 2          |
| Fisioterapeuta | 3          | 0,5        |
| Recepcionista  | 4          | 0,5        |
| <b>TOTAL:</b>  | <b>600</b> | <b>100</b> |

Quando indagados sobre quem prestou o atendimento no setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, os resultados ficaram do seguinte modo, 50% relataram que foram atendidos por um enfermeiro, 32% atendidos por um medico, 15% com técnico de enfermagem, 2% por um radiologista e 0,5% atendidos por fisioterapeuta ou recepcionista, vale ressaltar que metade enfatizaram ser atendido por um enfermeiro.

O setor de urgência e emergência é uma das unidades de assistência que necessita de maior atenção pela equipe de saúde, pois se configura porta de entrada para os mais diversos casos que procuram este serviço e o principal objetivo deste é prestar o atendimento imediato a pacientes em situações de sofrimento, independentemente da gravidade do quadro clínico (JORGE *et al.*, 2012).

A urgência e emergência é um ambiente complexo onde são atendidos desde casos simples até emergências decorrentes de acidentes automobilísticos, violência, doenças de diversas etiologias, entre outras. Os profissionais deste setor devem estar capacitados para atuar com agilidade, porém de forma humanizada, sempre

levando em consideração a importância de sua atuação durante um procedimento de urgência, bem como suas limitações frente ao fluxo desse setor.

A portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002 no capítulo 4 diz que na equipe de profissionais oriundos da saúde, aborda sobre o responsável de enfermagem: enfermeiro que é responsável pelas atividades de enfermagem; e os enfermeiros assistenciais: enfermeiros que são os responsáveis pelo atendimento de enfermagem no setor de urgência e emergência necessário para a reanimação e estabilização do paciente (BRASIL, 2014).

Tabela 5: Tratamento recebidos, conforme a percepção de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018

| TRATAMENTO    | QUANTIDADE | %          |
|---------------|------------|------------|
| Respeito      | 103        | 17         |
| Empatia       | 59         | 10         |
| Cordialidade  | 109        | 18         |
| Indiferença   | 20         | 3          |
| Antipatia     | 200        | 33         |
| Ignorância    | 94         | 15         |
| Agressividade | 15         | 3          |
| <b>TOTAL:</b> | <b>600</b> | <b>100</b> |

Sobre a questão de atendimento prestada por parte dos profissionais de saúde na visão dos usuários do serviço de urgência e emergência, 33% dos relatos classificaram como antipatia, 18% com cordialidade, 17% disseram que com respeito, 15% falaram que com ignorância e apenas 3% dos participantes relataram algum tipo de agressividade por parte dos profissionais.

O profissional deve estar apto a prestar esses cuidados expressando respeito, devendo oferecer respostas adequadas e de fácil entendimento, cuidados resolutivos as particularidades dos usuários e ações articuladas com os demais serviços existentes no sistema, permitindo o encaminhamento do cliente para outro nível de atendimento, sempre que necessário (KONDO *et al.*, 2011).

O trabalho deve ser desenvolvido de forma sincronizada, dinâmica e rápida com o objetivo de evitar sequelas ou agravos dessa forma, a equipe deve estar preparada tecnicamente e emocionalmente diante da variedade de casos que são atendidos e refletir sobre o cuidado que está sendo prestado de forma a buscar aprimoramento sempre que houver necessidade (WOISKI; ROCHA, 2010).



**Gráfico 1:** Percepção sobre humanização no atendimento, por usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018. **Fonte:** Lopes, 2018.

No que se diz respeito a percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência do hospital municipal com relação ao atendimento humanizado, pode-se verificar que 68% dos usuários disseram que há sim um atendimento humanizado por parte dos profissionais de saúde, e 32% relataram que não há uma prestação de humanização nos profissionais atuantes no setor de urgência e emergência.

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Com isso, aponta a complexidade do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação à luz da Humanização, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (SANTOS -FILHO, 2005).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente

transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (SANTOS-FILHO, 2005).

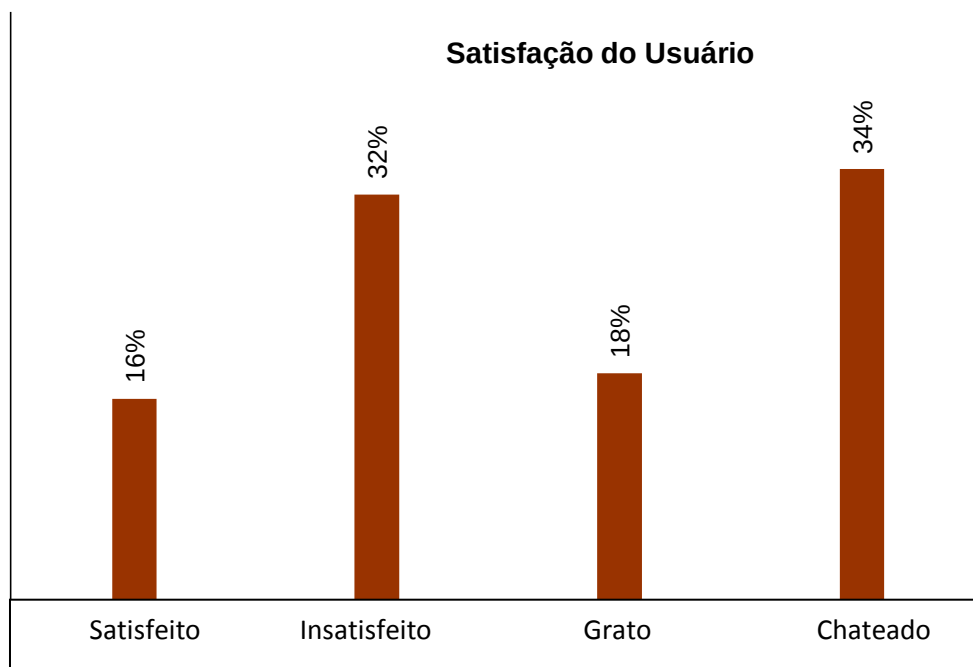


**Gráfico 2:** Nível de satisfação no atendimento, por usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018. **Fonte:** Lopes, 2018.

Ainda falando sobre o quesito atendimento, os entrevistados foram questionados sobre o nível de satisfação, sendo que a classificação ficou da seguinte maneira, 34% disseram ficar chateado na questão do atendimento, 32% enfatizaram estarem insatisfeito, 18% relataram estar grato com o atendimento e 16% responderam com satisfação ao atendimento que lhes foi prestado naquele setor, podemos notar que mais da metade dos entrevistados classificaram como negativo o modelo de assistência que foi aplicada no setor.

Para o enfermeiro que realiza a classificação no setor de urgência e emergência é crucial a habilidade da escuta qualificada, avaliação e registro completo da queixa principal, saber trabalhar em equipe, ter raciocínio crítico e rapidez para tomada de decisões, e ainda, conhecer os sistemas de apoio da rede assistencial para melhor encaminhamento do usuário, para que deste modo venha a evitar o descontentamento do usuário com o serviço esperado (SOUZA *et al.*, 2009).

Para Lopes (2011), a inter-relação entre os distintos níveis de serviços de saúde e a aquisição de referências resolutivas, são elementos fundamentais para

promover a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade da atenção prestada.

Tabela 6 – Avaliação do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018

| <b>AVALIAÇÃO DO USUÁRIO</b>       |                   |            |
|-----------------------------------|-------------------|------------|
| <b>Atendimento médico</b>         |                   |            |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                  | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b>   |
| Ótimo                             | 63                | 10.5       |
| Bom                               | 287               | 47.8       |
| Regular                           | 194               | 32.3       |
| Ruim                              | 44                | 7.4        |
| Péssimo                           | 12                | 2          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>600</b>        | <b>100</b> |
| <b>Atendimento de Enfermagem</b>  |                   |            |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                  | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b>   |
| Ótimo                             | 81                | 13.5       |
| Bom                               | 352               | 58.6       |
| Regular                           | 126               | 21         |
| Ruim                              | 22                | 3.6        |
| Péssimo                           | 19                | 3.3        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>600</b>        | <b>100</b> |
| <b>Atendimento de laboratório</b> |                   |            |
| <b>AVALIAÇÃO</b>                  | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b>   |
| Ótimo                             | 33                | 5.5        |
| Bom                               | 173               | 28.8       |
| Regular                           | 191               | 32         |
| Ruim                              | 88                | 14.6       |
| péssimo                           | 115               | 19.1       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>600</b>        | <b>100</b> |

### Atendimento de Ultrassonografia

| <b>Avaliação</b> | <b>Quantidade</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-------------------|------------|
| Ótimo            | 35                | 6          |
| Bom              | 268               | 44.6       |
| Regular          | 157               | 26.1       |
| Ruim             | 33                | 5.5        |
| Péssimo          | 107               | 17.8       |
| <b>TOTAL</b>     | <b>600</b>        | <b>100</b> |

### Acolhimento e/ou recepção

| <b>AVALIAÇÃO</b> | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-------------------|------------|
| Ótimo            | 30                | 5          |
| Bom              | 293               | 49         |
| Regular          | 207               | 34         |
| Ruim             | 52                | 9          |
| Péssimo          | 18                | 3          |
| <b>TOTAL</b>     | <b>600</b>        | <b>100</b> |

### Estrutura física do setor de urgência e emergência

| <b>AVALIAÇÃO</b> | <b>QUANTIDADE</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-------------------|------------|
| Ótimo            | 19                | 3          |
| Bom              | 149               | 25         |
| Regular          | 256               | 42         |
| Ruim             | 101               | 18         |
| Péssimo          | 75                | 12         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>600</b>        | <b>100</b> |

Na questão do atendimento prestado pelo médico 47.8% classificaram como bom o atendimento que foi prestado pelo profissional, já no atendimento prestado pelo enfermeiro 58.6% disseram que foi bom, no atendimento prestado pelo laboratório 32% dos participantes disseram que e regular, na ultrassonografia 44.6% falaram que e bom, no acolhimento ou recepção 49 responderam que e bom, e na estrutura física do setor 42% classificaram como regular o ambiente, com base

nessas evidências nota-se que há a necessidade de melhorar o espaço físico e alguns dos serviços que são prestados.

A Portaria 2.048/2002 propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências o “acolhimento com classificação de risco”. Esse processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

O acolhimento com classificação de risco permite a extensão da resolutividade ao incorporar critérios que abordam toda complexidade dos fenômenos saúde/doença, o nível de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, reduzindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (SERVIN et al. 2009).

O usuário ao dar entrada em uma unidade de urgência, certamente se encontra angustiada e com dor, nesse momento o espaço físico também pode exercer influência positiva ou negativa, pois o mesmo não quer e não merece ser submetido a desconfortos adicionais advindos de uma estrutura física inadequada. (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012, p.323).

Para finalizar a presente discussão, solicitou-se aos entrevistados, que dessem sugestões e recomendações sobre melhorias de setores, neste sentido, foi solicitado o seguinte (Tabela 7).

Tabela 7– Sugestões de melhoria, conforme usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2018

| MELHORIA                           | QUANTIDADE | % |
|------------------------------------|------------|---|
| Nenhuma mudança                    | 51         | 8 |
| Mudança em todos os requisitos     | 32         | 5 |
| Atendimento ortopédico             | 5          | 1 |
| Agilidade na entrega de exames     | 3          | 1 |
| Higienização e limpeza             | 9          | 1 |
| Aumento do número de leitos        | 21         | 4 |
| Aumento do número de profissionais | 18         | 3 |

|                                   |            |            |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Agilidade no atendimento clinica  | 43         | 7          |
| Disponibilidade de equipamentos   | 64         | 11         |
| Estrutura física e arquitetura    | 76         | 13         |
| Atendimento da recepção           | 10         | 2          |
| Aumento no número de medicamentos | 14         | 2          |
| Mais visitas do médico nos leitos | 20         | 3          |
| Disponibilidade de médicos        | 92         | 15         |
| Proibir o uso de celular          | 30         | 5          |
| Atendimento humanizado            | 12         | 2          |
| Não responderam                   | 100        | 17         |
| <b>TOTAL:</b>                     | <b>600</b> | <b>100</b> |

Conforme a estrutura do ambiente de urgência e emergência e as questões de equipamento no local, 17% optaram por não responder, 13% atribuíram para melhoria estrutura física e arquitetura, e 11% dos entrevistados disseram que há necessidade de disponibilização de mais equipamentos, e 8% desses participantes falaram que não há necessidade de efetuar nenhuma mudança.

Assim, uma estrutura física planejada e adequada a este setor favorece a qualidade do atendimento, acolhe o usuário de maneira eficaz e reduz o risco de danos associados a ações improvisadas (POLL; LUNARDI; LUNARDI, 2008).

Desse modo, esse campo de ação deve oferecer um espaço físico suficiente para que todos os procedimentos sejam realizados de maneira adequada sem nenhum acidente de percurso (COSTA; ARAUJO; BARROS, 2008).

## 5 CONCLUSÃO

Os dados obtidos proporcionaram a captação de informações, o que possibilitou analisar a realidade vivenciada das partes envolvidas na pesquisa, confirmando a validade desta técnica metodológica.

Ficou claro que a deficiência na organização e prestação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, bem como a ausência de referência e contra-referências proporciona aumento do fluxo no setor de urgência e emergência e perda na qualidade da assistência prestada.

Considerando todas as dificuldades e barreiras que os usuários encontram na tentativa de atendimento pela atenção primária de saúde, é de extrema importância que se estabeleça mudanças culturais da população quanto ao uso do setor de urgência e emergência, bem como uma reestruturação no fluxograma de atendimento, onde os níveis de atenção sejam restabelecidos e obedecidos de forma criteriosa. Sendo assim o usuário será atendido pelos níveis de atenção de acordo com sua necessidade.

Percebeu-se que houve uma variação nas obtenções das respostas sobre os seguintes questionamentos. Tratamento recebido com antipatia 33%, percepção sobre humanização no atendimento 68%, e nível de insatisfação com o atendimento 34%.

Constatou-se também que a implantação de algumas medidas pode organizar o fluxo deste setor, como por exemplo, a triagem como classificação de risco proposta pelo Ministério da Saúde e o sistema de referência do usuário quando necessário.

Diante de todas as evidências pesquisadas e apresentadas, concluiu-se que é importante ouvir os dois lados e conhecer as dificuldades que ambos enfrentam, evitando assim decisões ou julgamentos precipitados. Para tanto, faz-se necessário compreender os motivos que trazem essa problemática, bem como tentar solucioná-los, buscando alternativas que possam melhorar a qualidade da assistência prestada e o acesso dos usuários nos demais níveis de atenção à saúde.

Cabe destacar que a avaliação do usuário dos serviços de urgência e emergência foi positiva, com uma média de qualidade “boa” na maioria dos aspectos da avaliação apenas a estrutura física foi classificada como regular 600/42% e o atendimento do laboratório como regular 600/32%. Isso demonstra que mesmo com

as dificuldades a humanização, o cuidado com o paciente prevalecem. Espera-se que com a Inauguração da Unidade de Pronto atendimento (UPA) prevista para o município, o serviço melhore em decorrência do descongestionamento de pacientes e aumento de pessoal.

Recomenda-se a implantação de algumas medidas que podem organizar o fluxo deste setor, como por exemplo, a triagem com classificação de risco proposta pelo Ministério da Saúde e o sistema de referenciar o usuário quando necessário, além de pesquisas sobre a visão dos próprios profissionais sobre o serviço prestado.

Ao Término da pesquisa, houve uma grande mudança na estrutura física do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, no qual foi reinaugurada dia 18 de dezembro de 2018, trazendo melhorias para o município como a implantação do protocolo de Manchester segundo a portaria 2048 do MS e 2002 que propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências contratação de profissionais (Enfermeiros), ficando assim dois enfermeiros por plantão, três Técnicos Em Enfermagem e um Médico para melhor atender a população de Itaituba e municípios vizinhos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS** - Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.). Brasília, 2004b. (Série B. Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **QUALISUS: Estratégia de continuidade e expansões das atividades do QualiSUS**. Recife, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **QualiSUS - Relatório de Visita ao Hospital Getúlio Vargas** Recife-PE. Brasília, 2005b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento para formação e intervenção, caderno humaniza SUS**, v.1. Brasília/DF: MS; 2010.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12.ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara, 2011, v.2, p.2155-56.

CARRET, M.L.V. **Demanda do Serviço de Saúde de Emergência**: Características e fatores de risco para o uso inadequado, 2007. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

COELHO, M.J; CALDAS, N.P. O atendimento de emergência no Brasil. In: FIGUEIREDO, N.M.A. (org). **Enfermagem: cuidando em emergência**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.p.13-21.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. 2013. **Decreto nº 94. 406/87**, 2014.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Enfermeiro especialista e competência profissional**, 2017.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo, **Texto Contexto Enfer. Florianópolis/SC**. v. 18, n.04, p. 661-9. 2009.

FREITAS, G.F. Entidades de Classe de enfermagem. In: OGUISSO, T; **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2.ed. Barueri/SP: Manole, 2007.p 237-51

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: Versão e interpretações**. 2.ed. Rio de Janeiro/RJ:Revinter, 2005.p. 5-35.

GRISARD, N; VIEIRA, E.T.S. Ana Néri, madrinha da enfermagem no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador/BA, v. 78, p. 145-147, 2008. Esc. Anna Nery, v. 16, n. 04, 2012.

JACQUEMONT, V. C. et al. **Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro**, 2005.

KLETEMBERG D. F. et al. O processo de enfermagem e a Lei do exercício profissional. **Rev. bras. Enferm.** Brasília/DF, v. 63, n.1, 2010.

LIMA NETO, A. V. de 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. 519-28, 2013.

LOPES, J.B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa**, 2011. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS

MARIA; M.A; QUADROS, F.A.A; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade e implantação. **Rer. Bras. Enferm**, Brasília/DF, v. 65, n. 02, p. 297-303, 2012.

NASI, G. **Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005; 11(2): 327-33.

OGUISSO, T. (org). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2.ed. Barueri/SP: Manole, 2007.p. 3-97.

OLIVEIRA, R. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.63 no 5 Brasília Set/Out. 2004

PIRES, D. Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília/DF, v. 62, n. 05, p. 739-44, 2009.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paul Enferm**, v. 21, v.3, p.509-14, 2008.

ROCHA, F.G. Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos da construção de informação. São Paulo/SP: Thomson, 2012, p. 78-90.

SANTOS, N.C.M. **Urgência e emergência para enfermagem – Do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência**. 5. ed. São Paulo/SP: Iátria, 2008.p.17-25.

SANTOS, N.C.M. **Urgência e emergência para enfermagem – Do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência**. 5. ed. São Paulo/SP: Iátria, 2008.p.17-25.

SANTOS FILHO, S. B. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. 2005.

SERVIN, S.C.N. et al. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**, Política Municipal de humanização, 2009.

SILVA, L. G. da; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. **A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade**, 2012, p. 320-328.

SILVA, A.K.L.R. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Significado para a (o) enfermeira (o), 2010. Dissertação (pós graduação em enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA.

SOUZA, C.C. **Grau de Concordância da Classificação de Risco de Usuários Atendidos em Um Pronto-socorro utilizando dois Diferentes Protocolos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte; 2009.

SHOELLER, S.D. et al. Processo de trabalho e organização trabalhista In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: Versão e interpretações. 2.ed. Rio de Janeiro/RJ: Revinter, 2005.p. 131 – 76.

VALENTIM, M.R.S; SANTOS, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 02, p.285-9, 2009.

## ANEXO A

  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARÁ  
Secretaria Municipal de Saúde

OFÍCIO SEMSA/ DO - nº 46/2018.

Itaituba-PA 21 de setembro de 2018.

**Da:** Diretoria Operacional/SEMSA  
**Para:** Faculdade de Itaituba  
Coordenação do Curso de Enfermagem

Prezado Senhor,

Pelo presente, autorizamos a sua acadêmica do Curso de Enfermagem, **Audilene Bandeira Lopes**, a realizar a sua pesquisa de campo aplicando um questionário. Para desenvolver projeto de pesquisa sobre **"Apercepção dos Usuários do Setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba-Pá"**. Os dados coletados serão utilizados na conclusão do TCC.

Para tanto, é necessário que a mesma respeite os direitos éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

  
Adria Greice S. Fernandes  
Diretora Operacional da SEMSA  
Dec. nº 073/2017  
**Adria Greice S. Fernandes**  
Diretora Operacional  
Decreto 073/2017  
SEMSA/Itaituba

Av. Marechal Rondon, s/n – Bairro Boa Esperança – Fone: (93) 35181054/2100 Telefax: (93) 3518-2002

## ANEXO B


**CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA LTDA**  
**FACULDADE DE ITAITUBA - FAI**

Ofício nº 10/2018 Itaituba, 20/9 2018.

Ao Ilmo. Sr. Adriano Coutinho de Aguiar  
 Função: Administrativo do Hospital municipal de Itaituba

Solicitamos a permissão para o (a) acadêmico (a) do 10º período do Curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Itaituba, Andilene Sandra Lira, realize pesquisa intitulada de A percepção do usuário do SUS, no Atendimento de Urgência e Emergência do hospital municipal de Itaituba-PA sob orientação de \_\_\_\_\_, a realiza-se no setor Urgência e Emergência, a finalidade é meramente acadêmica para a construção de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Certo de contarmos mais uma vez com a sua colaboração, agradecemos.

  
 JULIANE DE ALMEIDA LIRA  
 Coord. do Curso de Enfermagem  
 Juliane de Almeida Lira  
 COREN-PA 118820-ENF  
 Coordenadora do curso de Enfermagem FAI  
 Av. Governador Fernando Guilhon, 895 Jardim das Araras - Itaituba - PA  
 Telefone: (93) 35184320-4320 / Fax: (93) 3518-4319  
 Site: [www.unifaitb.edu.br](http://www.unifaitb.edu.br) / E-mail: [fai@unifaitb.edu.br](mailto:fai@unifaitb.edu.br)

Autenticado  
 Adriano De Aguiar Coutinho  
 Diretor Administrativo do HMI  
 Doc. nº 00752017  
 3/10/18  
 SEMSA  
 Recebido em: 20/09/18  
Andilene de B. Lira  
 16:16h

**APÊNDICE A – TCLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O presente estudo tem por objetivo **demonstrar a percepção dos usuários do setor de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba-PA, a fim de avaliar a qualidade da assistência de saúde.** A sua participação nesse estudo consiste em responder perguntas através de Questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo. Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo.

Eu, \_\_\_\_\_

declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA/PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Pesquisador(a)

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

**PESQUISA:** A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO SUS, NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUABA, PARÁ, BRASIL.

Este questionário tem o objetivo de demonstrar a percepção dos usuários do setor de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba-PA, a fim de avaliar a qualidade da assistência de saúde. Será mantido total sigilo quanto sua participação na pesquisa, conforme a resolução 466/2012.

### I – Dados sociais

**1. Idade:** ( ) De 0 a 10 anos ( ) De 11 a 29 anos ( ) De 30 a 60 anos ( ) mais de 60 anos\_ ( ).

**2. Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino.

**3. Escolaridade:** ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

**4. Renda Familiar:** ( ) Menor que um salário mínimo ( ) Um salário ( ) Entre 1 e 2 salários ( ) entre 3 e 4 salários ( ) Mais que 5 salário mínimos.

### II Dados patológicos

#### 5. O que levou a buscar atendimento no HMI?

( )dor/aonde\_\_\_\_\_ ( ) febre ( ) fraqueza ( )  
 acidente/tipo\_\_\_\_\_ ( ) agressão/Causa\_\_\_\_\_.  
 ( ) episódio de vomito ( ) diarreia ( ) Doença primária/qual\_\_\_\_\_.  
 Outro/qual:\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

### III Quanto ao atendimento

#### 6. Foi atendido após quantos minutos de espera?

( ) 10 a 20 minutos ( ) 20 a 30 minutos ( ) 30 a 40 minutos ( ) 1 hora ( ) > 1 hora/quanto\_\_\_\_\_.

**7. Quem realizou atendimento?**

( ) médico ( ) enfermeiro ( ) técnico de enfermagem ( ) radiólogo ( )  
fisioterapeuta ( ) recepcionista ( ) não sabe informar ( )  
outro/qual\_\_\_\_\_.

**8. Como você classificaria seu atendimento pelo médico?**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

**9. Como você classificaria o atendimento do enfermeiro ou enfermeira?**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

**10. Como você classifica o atendimento pelo técnico de enfermagem?**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

**11. Realizou algum exame? ( ) sim ( ) não****11.1. Se realizou exame, como você classifica o atendimento de laboratório?**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

**12. Realizou raio X? ( ) sim ( ) não****12.1. Se realizou raio x, como você classifica o atendimento?**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

**13. Realizou ultrassonografia? ( ) sim ( ) não****13.1. Se realizou ultrassonografia, como você classifica o atendimento?**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

**14. Como você classifica o atendimento de recepção:**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

**15. Como você classifica a assistência de urgência e emergência do Hospital municipal de Itaituba:**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ). Péssimo Por  
quê?\_\_\_\_\_

---

---

**16. Como você classifica o ambiente físico do Hospital (salas, equipamentos, móveis e eliminação**

**)?**

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo. Por  
quê? \_\_\_\_\_

---

**17. Durante seu atendimento, você percebeu?**

( ) Respeito ( ) empatia ( ) educação ( ) indiferença ( ) antipatia

( ) falta de educação ( ) agressividade ( ) outro/qual \_\_\_\_\_

---

---

**18. considerou o atendimento de urgência e emergência humanizado?**

( ) Sim ( ) Não

**19. Classifique o grau de satisfação do seu atendimento.**

( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Grato ( ) Chateado  
Outro/Qual? \_\_\_\_\_

**20. Na sua opinião, o que poderia melhorar no atendimento de emergência do Hospital Municipal de Itaituba?**

---

---

---