



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

RONILSON SANTOS MELO

**ATENDIMENTO HUMANIZADO AOS PACIENTES NO SETOR DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE
ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ**

Itaituba – PA

2023

RONILSON SANTOS MELO

**ATENDIMENTO HUMANIZADO AOS PACIENTES NO SETOR DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE
ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado á Faculdade de
Itaituba para Obtenção do título de Bacharel de Enfermagem.
Orientador: Prof. Esp. Raimison Antonio de Abreu Santos

Itaituba – PA

2023

MELO, Ronilson Santos.

Atendimento Humanizado aos pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba.

49f.: il.

Orientador: Profº Esp. Raimison Antonio de Abreu Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Itaituba, 2023.

1. Atendimento Humanizado. 2. Comunicação profissional paciente. 3. Urgência e Emergência SANTOS, Raimison Antonio de Abreu. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2023.

RONILSON SANTOS MELO

**ATENDIMENTO HUMANIZADO AOS PACIENTES NO SETOR DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE
ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ**

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

Orientador: Prof. Esp. Raimison Antonio de Abreu Santos

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Esp. Raimison Antonio de Abreu Santos

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Resultado: _____ Média: _____

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, por ter me sustentado até aqui, ter me dado forças para não desistir durante toda essa caminhada que não foi fácil, por ter iluminado meus pensamentos e aberto minha mente para a produção desse trabalho.

*A minha família, minha mãe (avó) **Lília Santos**, minha tia **Rosilda Santos**, pelo apoio, por me incentivar e sempre está presente.*

*Minha filha **Nátally Sophya**, que é meu combustível para sempre buscar seguir firme e não desistir.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus maravilhoso por ter até aqui me sustentado, me enchendo sempre de muita saúde, perseverança, força de vontade em meio as dificuldades sempre me manter de pé me guiando na direção certa, sempre iluminando meu caminho, nessa árdua trajetória acadêmica.

Aos meus colegas que participaram de forma direta ou indireta nesta trajetória, é difícil lembrar de todos para cita-los, mas de forma geral meu sentimento de gratidão até mesmo aqueles que duvidaram que eu iria conseguir chegar onde estou agora, pois também esses serviram como uma força a mais para não desistir e continuar essa longa caminhada.

A minha família, por todo apoio dado, seja esse moral, ou financeiro, palavras em momentos que pensei em desistir, mas sempre estiveram me incentivando e ajudando sempre que necessário.

Ao meu avô **Raimundo Alves**, por acreditar em mim enquanto ainda era vivo, até hoje me lembro de suas palavras, me pedindo para que eu me forma-se e se tornasse um homem que lhe desse orgulho, e hoje estou aqui agradecendo por essas palavras, que nunca esqueci e sempre será lembrada. Obrigado por tudo meu Pai (Avô).

A Minha tia, **Rosilda Santos**, por me ajudar sempre com palavras, incentivo e apoio mortal até financeiramente, pois esse apoio foi de suma importância para que eu seguisse firme e forte nessa jornada.

A Minha Mãe (Avó) **Lilia Santos** por toda ajuda financeira e apoio com palavras, sempre pedindo para que eu seguisse firme e não desistisse.

Ao meu amigo e Enfermeiro **André Castro** que não mediu forças em me ajudar neste trabalho, gratidão pelas dicas e ensinamentos repassados, que foram essenciais para mim durante todo esse tempo de produção deste trabalho.

A minha namorada **Maria Clara**, por todo esforço e incentivo que pode repassar e ter me ajudado de tantas formas para a conclusão e apresentação deste trabalho.

Quero agradecer a todos meus professores, portadores de todo conhecimento transmitido e compartilhado, por cada ensinamentos, tanto em sala de aula como em campo de estágio, correções, conselhos, sermões, que puderam contribuir e foram de fundamental importância para todo meu crescimento na carreira acadêmica e futuramente profissional.

Ao meu Professor em Especial Drº **Jossehan Galúcio da Frota**, pela contribuição fundamental, ensinamentos, disponibilidade e paciência, tanto em outras matérias que o mesmo ministrou, quanto nas matérias de TCC I e TCC II, e em parte da construção do meu trabalho.

Ao meu Orientador Enfº Esp. **Raimison Antonio de Abreu Santos** que teve participação imprescindível para que eu pudesse chegar a concluir esse trabalho para apresentação, desde que sugerir a ideia para minha orientação ele topou, e não mediu esforço para me ajudar e compartilhou todo seu conhecimento contribuindo para que tudo desse certo, o sentimento que eu tenho é de gratidão imensa, confesso que sem ele não teria conseguido chegar a finalizar este trabalho até o período de defesa estipulado pela instituição.

Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.

“Albert Einstein”

RESUMO

A Humanização começa antes de tudo pela boa comunicação, um bom atendimento prestado que facilita o diálogo e entendimento entre as partes profissionais e pacientes, essa prática por consequência visa deixar o paciente que procura a unidade de saúde, mais especificamente, a emergência mais segura sobre os atendimentos recebidos e em uma situação mais confortável. O presente estudo tem como objetivo, verificar se existe atendimento humanizado para com os pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará, identificar se existe comunicação entre o profissional de enfermagem e os pacientes e mostrar as principais falhas dos profissionais da saúde para um atendimento humanizado, o que será feito através de uma pesquisa de opinião, descritiva, de levantamento, quantitativos, com natureza teórico-empírico utilizando-se de dados primários coletados, que será realizado no Hospital Municipal de Itaituba, através de um questionário fechado de múltipla escolha, tendo seu público alvo os pacientes atendidos no setor de urgência e emergência da unidade, aplicado para 600 pacientes com faixa etária acima de 18 anos, dos gêneros masculinos e femininos. Esse estudo tem como finalidade também de contribuir para o bom atendimento no setor de urgência e emergência do HMI, trazendo melhoria para a população atendidas no mesmo, para também impactar os futuros profissionais que irão se formar e atuar nestes setores e unidades de saúde. Conclui-se que a avaliação do usuário dos serviços de urgência e emergência, que foi positiva e em média de qualidade “boa” em todos os aspectos da avaliação. Isso mostra que, apesar das dificuldades, a humanização e o atendimento ao paciente prevalecem, mesmo com os obstáculos que os usuários enfrentam no atendimento pela atenção primária e as dificuldades que os profissionais da equipe de atendimento enfrentam devido à sobrecarga. falta de recursos humanos, que se manifesta em estresse, cansaço físico e mental. Para organizar o avanço desse campo, é aconselhável implementar algumas medidas, como, por exemplo, testes de triagem com classificação de risco propostos pelo Ministério da Saúde e, se necessário, um sistema de orientação ao usuário, além de estudos de campo. a opinião de especialistas sobre o serviço oferecido.

Palavras chave: Humanização. Comunicação. Urgência. Emergência.

ABSTRACT

Humanization begins first of all with good communication, good care provided that facilitates dialogue and understanding between the professional parties and patients, this practice therefore aims to make the patient who seeks the health unit, more specifically, the emergency, safer about the services received and in a more comfortable situation. The present study aims to verify if there is humanized care for patients in the Urgency and Emergency sector of the Municipal Hospital of Itaituba (HMI), State of Pará, to identify if there is communication between the nursing professional and the patients and to show the main failures of health professionals for a humanized care, which will be done through an opinion survey, descriptive, survey, quantitative, with a theoretical-empirical nature using collected primary data, which will be carried out at the Municipal Hospital of Itaituba , through a closed multiple-choice questionnaire, with its target audience being patients seen in the unit's urgency and emergency sector, applied to 600 patients aged over 18 years, male and female. This study also aims to contribute to good service in the urgency and emergency sector of the HMI, bringing improvement to the population served in it, to also impact future professionals who will graduate and work in these sectors and health units. It is concluded that the evaluation of the user of the urgent and emergency services, which was positive and on average of "good" quality in all aspects of the evaluation. This shows that, despite the difficulties, humanization and patient care prevail, even with the obstacles that users face in primary care and the difficulties that professionals in the care team face due to overload. lack of human resources, which manifests itself in stress, physical and mental fatigue. To organize the advancement of this field, it is advisable to implement some measures, such as, for example, screening tests with risk classification proposed by the Ministry of Health and, if necessary, a user guidance system, in addition to field studies. expert opinion on the service offered.

Keywords: Humanization. Communication. Urgency. Emergency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Protocolo de Manchester, classificação de risco. Fonte: Brasil (2014).....	22
Figura 2	Primeiro Santa Casa de Misericórdia do Brasil. Fonte: Giovanini, 2005.....	25

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 2022. Fonte: Melo, 2022.....	44
Gráfico 2	Nível de satisfação no atendimento, por usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022. Fonte: Melo, 2022.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Dados pessoais dos usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.....	36
Tabela 02	Etiologias de atendimentos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, por usuários no segundo semestre de 2022.....	38
Tabela 03	Tempo de espera de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.....	40
Tabela 04	Atendimento profissional de usuários da urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.....	41
Tabela 05	Tratamento recebidos, conforme a percepção de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.....	42
Tabela 06	Avaliação do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.....	47
Tabela 07	Sugestões de melhoria, conforme usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.....	49
	Sugestões de melhoria, conforme usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM-	Conselho Federal de Medicina
HMI-	Hospital Municipal de Itaituba
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA-	Pará
SUS-	Sistema Único de Saúde
SAE-	Sistematização de Assistência de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1	SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SUAS LEGISLAÇÃO.....	18
2.2	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	19
2.3	PRONTOS SOCORROS.....	20
2.4	ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	21
2.4.1	Relações Humanas no Atendimento de Urgência e Emergência.....	22
2.5	HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA.....	27
2.6	A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DO USUÁRIO DO SUS.....	28
2.7	COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES.....	25
2.8	A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DO USUÁRIO DO SUS.....	
2.9	COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES.....	31
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	34
3.3	COLETA E POPULAÇÃO AMOSTRAL.....	34
3.4	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
3.5	ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS.....	34
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	34
3.7	INSTRUMENTOS DE DADOS COLETADOS.....	35
4	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	36
5	CONCLUSÃO.....	52
	REFERENCIAS.....	53
	APÊNDICE A QUESTIONÁRIO AO PACIENTE.....	61
	ANEXO A AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	64
	ANEXO B CARTA DE ANUÊNCIA.....	65

ANEXO C TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD.....	66
ANEXO D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
ANEXO E DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO GERAL.....	68

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é de suma importância para o crescimento humano e para uma boa compreensão entre duas ou mais partes e indispensável para a enfermagem durante a sua prestação da assistência de saúde ao paciente no ambiente hospitalar ou em qualquer outro ambiente, é nela que é feita a transmissão de informações do paciente ao profissional e para que o profissional assim possa entender melhor o sentimento exterior do paciente, facilitando e humanizando o atendimento, deixando o paciente mais seguro e confortável emocionalmente (MOURÃO, *et al.*, 2009).

O atendimento no setor de urgência e emergência vem passando por um processo de constante transformações, os profissionais destes setores vêm encontrando dificuldades para a prática de um atendimento mais humanizado, devido a isso vem-se buscando a aprimorar e modificar esse atendimento, com análise acerca de um melhor atendimento, uma boa comunicação e assim ocorrendo uma humanização no setor (CAVALCANTE; DAMASCENO e MIRANDA, 2013).

Neste contexto da comunicação, o diálogo vem como um elemento essencial no atendimento e no cuidado aos pacientes, é fundamental que tenha essa prática por parte dos profissionais na hora do atendimento ao cliente pois através dela inicia-se uma troca de informações, é um instrumento extremamente significativo para a humanização do cuidado, a equipe de enfermagem precisa além de ter um bom entendimento entre eles mesmo, impor uma boa comunicação com seu público alvo de atendimento (BROCA; FERREIRA, 2012).

O profissional de enfermagem encontra-se como imprescindível e indispensável quando se trata de um atendimento humanizado no setor de urgência, eles vêm sendo o responsável pelo primeiro contato com o paciente, partindo desde o então já a prática de humanização do atendimento, estes profissionais têm se tornado destaques quando pesquisado sobre o tema citado (GALLO; MELLO 2009).

Partindo deste princípio o paciente procura atendimento no setor de urgência e emergência geralmente não se encontra em uma situação bem nem fisicamente e não está em um estado de saúde mental em boas condições, vem com receios, ansias, nervosismos, emoções abaladas, em relação a esses estados de saúde abalados, tende-se a procurar atenção de imediato, pretendendo-se buscar conforto, se sentir seguro e buscar melhoria o quanto antes para o seu quadro clínico (GALLO; MELLO, 2009).

Nesse contexto, segundo Gallo e Mello (2009), enfatizam também que estes pacientes por estar passando por um estado de choque tanto físico quanto emocional, precise de atenção nos cuidados realizados no mesmo, por esses motivos no estudo eles preconizam que os profissionais do setor de urgência e emergência se atentem a prática da comunicação, onde ocorre a troca de informações, sendo transmitido o que esses pacientes sentem interiormente, assim colocando em prática também junto a isso um atendimento mais humanizado.

Para Radaelli; Costa e Pissaia (2019) através de uma pesquisa realizada nos setores de urgências, observou-se a necessidade de um atendimento mais humanizado, os autores informam que é de suma importância esse primeiro contato com os pacientes, a forma de tratar, de se comunicar, identificar-se, dando um pouco mais de atenção ao paciente, observando também que essas práticas repassam a eles mais confiança no atendimento, mas também identificaram dificuldades nessa prática, como algumas falhas de gestão, com isso apresentando um quadro baixo de funcionários no setor, dificultando melhor atender a grande demanda.

O ato de humanizar parte de um princípio coletivo, para a prática de um atendimento humanizado primeiramente deve iniciar por um bom entendimento ou convivência por parte dos profissionais que trabalham nesse setor, assim tendo uma boa comunicação, havendo assim troca de experiências, e para que isso possa vir a acontecer a parte administrativa e gestores também tem um papel fundamental, como o reconhecimento do trabalho destes profissionais (BARRETO; GOMES e SCHUH, 2017).

Baseado nessas informações, esse estudo visa responder os seguintes questionamentos: Existe atendimento humanizado para com os pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba? Os profissionais de enfermagem praticam o ato da comunicação para facilitar os atendimentos aos pacientes nesse setor? Qual o perfil social desses participantes?

O presente estudo tem como objetivo geral verificar se existe atendimento humanizado para com os pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará, e como os objetivos específicos, identificar se existe comunicação entre o profissional de enfermagem e os pacientes em mostrar as principais falhas dos profissionais da saúde para um atendimento humanizado.

O ato de praticar a comunicação é de fundamental importância na área da saúde inclusive dos profissionais enfermeiros, que atuam diretamente no primeiro contato com o paciente, esta prática é onde deve ocorrer essas transmissões de informações entre profissional e paciente exercendo assim uma influência direta aos indivíduos envolvidos nesse ato, tornando um atendimento de forma mais fácil, repassando confiança ao paciente e deixando-o a vontade para expressar o que se passa no interior de sua mente, assim sendo possível tornar esse atendimento mais dinâmico e humanizado (MOURÃO *et al.*, 2009).

O presente projeto abordará assunto sobre o tema Atendimento Humanizado aos pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba, a pesquisa irá fundamentar vários contextos para buscar conhecimento sobre o atendimento prestado no setor da unidade e se há uma comunicação entre profissional e paciente. Tem como objetivo geral investigar se há um Atendimento Humanizado no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba-PA, Brasil.

O tema foi escolhido devido algumas pesquisas e estudos acadêmicos ser observado que nos setores de urgência e emergência é um dos setores que tem um índice baixo de porcentagem quando se trata de uma boa comunicação ou atendimento humanizado, sendo assim o estudo apresentado poderá contribuir para a comunidade acadêmica afim de desde já ir tendo um conhecimento mais abrangente sobre o setor, comunicação e atendimento humanizado para os mesmo quando formados poderão colocar em prática o assunto abordado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SUAS LEGISLAÇÃO

Segundo Brasília (2014), a história da saúde pública no Brasil remonta aos tempos coloniais, quando os conflitos com os povos indígenas e as dificuldades materiais contribuíam para doenças múltiplas e recorrentes.

Médicos formados na Europa não queriam vir para o Brasil porque seus salários eram baixos e os perigos eram evidentes no período colonial. No entanto, desde o período Vargas (1930-1945) um novo sistema de saúde foi instituído para esse fim, por meio do qual o Estado se comprometia a garantir a saúde e o bem-estar da população, e os necessitados, que não tinham dinheiro, recorriam a hospitais, a caridade fornecia tratamento de graça, pois apesar dos esforços, o governo Vargas não conseguiu minimizar a falta de atendimento médico para a população (BRASIL, 2014).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, mas a situação da saúde coletiva no país continuava precária devido à falta de pessoal, equipamentos adequados, postos de gasolina e espírito de servidor. Nas décadas de 1980 e 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que teve como atribuição a organização regional da atuação do Ministério da Saúde e também dos órgãos estaduais e municipais dessas secretarias (BRASIL, 2004b).

Desde a criação do Ministério da Saúde, duas importantes leis foram aprovadas no campo da saúde pública no Brasil: a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.144 de 28 de dezembro de 1990. Assim, a Constituição Brasileira de 1988 diz que "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 a simples aferição da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo a saúde integral, universal e livre acesso a toda a população do país (BRASIL, 2004b).

De acordo com a Lei nº 8.080/90, a saúde é um direito humano fundamental e o Estado deve assegurar as condições necessárias para sua plena realização (BRASIL, 2005a).

Ainda de acordo com a Lei nº 8.080/90, o dever do Estado de assegurar a saúde consiste em planejar e implementar políticas econômicas e sociais voltadas para a redução do risco de doenças e outros agravos e criar condições que garantam o acesso universal e igualitário aos recursos e serviços. que visa promovê-lo. proteção e recuperação, não exclui indivíduos, famílias ou sociedade (BRASILIO, 2014).

Existem determinantes e reguladores da saúde, incluindo alimentação, moradia, higiene básica, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. organização estatal cujo objetivo é assegurar o bem-estar físico, mental e social de indivíduos e comunidades (BRASIL, 2005a).

De acordo com a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, sobre os direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde: em situações de urgência/urgência, cada instituição de saúde deve receber e tratar uma pessoa e, se necessário, encaminhar para outro serviço; em caso de risco de vida ou lesão grave, é necessário assegurar a transferência atempada e segura do utente para um serviço de saúde que resolva o seu tipo de problema; se houver dificuldades temporárias para ajudar as pessoas, o conselheiro e a equipe de atendimento são obrigados a acolhê-las, dar informações claras e orientá-las sem discriminação ou privilégio (BRASILIO, 2009).

2.2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Em resposta ao primeiro objetivo específico, o conceito de atendimento de emergência, este tópico aborda a questão de como compreender essa categoria de atenção à saúde. Para resolver a urgência e a crise, é necessário compreender ambos os significados. Assim, a resolução CFM nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (1995) tem o seguinte conceito: Uma emergência é definida como um problema de saúde imprevisível, com ou sem uma condição potencialmente fatal e cujo portador requer atenção médica imediata: sofrimento intenso, que, portanto, requer atenção médica imediata (BRASILIO, 2014).

Segundo SANTOS (2008), a urgência é considerada um atendimento de moderada prioridade em que o paciente necessita de atendimento imediato por não haver perigo de morte, onde o Ministério da Saúde definiu que os procedimentos do serviço de emergência e pronto socorro devem ser caracterizados em três procedimentos. tendo como critério a importância e a complexidade do caso.

Ainda para Santos (2008), o tratamento caracteriza-se da seguinte forma: urgência com baixa e média complexidade (se o paciente não estiver em risco de morte); necessidade de emergência complexa (o paciente está em estado crítico ou agudo, mas não há perigo de morte; emergência (casos com risco de morte).

Considera-se emergência uma categoria classificatória onde são prestados cuidados em relação a uma doença potencialmente fatal ou alterações corporais que exijam tratamento imediato, assim como emergência, urgência é considerada uma

categoria de exame, mas terapêutica é prestada em casos de doença, doença grave ou agravo à saúde que não implique risco de morte (BRUNNER; SUDATH, 2011).

Assim, a emergência caracteriza-se como uma situação em que o atendimento não pode ser adiado, deve ser imediato. Em casos de emergência, o tratamento deve ser feito em um período de tempo, que geralmente não ultrapassa duas horas. Situações não urgentes podem ser encaminhadas para atendimento ambulatorial ou ambulatorial geral por não possuírem a urgência descrita (LOPES, 2009).

O profissional enfermeiro atua como um líder em setores de urgência e emergências tornando assim um profissional de grande importância, pois o mesmo é um portador de todo o conhecimento técnico científico e especialização a exercer com tão maestria sua função, ele atua desde o primeiro atendimento o primeiro contato com o paciente até o momento de alta ou internação do desses pacientes (SILVA; INVENÇÃO 2018).

Os setores de urgência e emergência está em um grande processo de evolução em relação ao atendimento humanizado, com a criação da política nacional de Humanização (PNH), de onde ela tem como objetivo dá um norteamento e sentido na hora da assistência aos pacientes atendidos em emergências, podendo assim avaliar os critérios do atendimento e impor suas ações de forma rápida e segura (SOUSA, *et al.*, 2019).

2.3 PRONTOS SOCCOROS

Neste sentido, este tópico trata da resposta ao segundo objetivo específico deste estudo: a elaboração de um relatório sobre os serviços de emergência do serviço público, onde este tema é abordado, conforme explicado abaixo, com foco no tema e área de interesse do este estudo. (NASI, 2005).

Uma emergência significa um evento perigoso, uma situação crítica ou uma necessidade imediata. Urgência significa pressa, rapidez, brevidade imediata, onde o atendimento pré-hospitalar é definido como atendimento que visa atingir a vítima nos primeiros minutos após o aparecimento de um problema de saúde (NASI, 2005).

Emergência, segundo Oliveira (2004), é o atendimento nos primeiros minutos após a falta de saúde física do paciente, que garante tratamento adequado e transporte para um hospital devidamente hierarquizado e integrado.

Ao entrar no pronto-socorro, certamente o usuário está ansioso e com dor, nesse momento a condição física também pode repercutir positiva ou negativamente,

pois ele não quer e não merece maiores desconfortos decorrentes de um distúrbio físico, estrutura insuficiente (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

A estrutura física planejada e adequada desse setor promove a qualidade da assistência, acolhe o usuário de forma eficaz e reduz os riscos de lesões relacionadas às atividades 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).

2.4 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No Brasil o acolhimento a um paciente necessitando de atendimento à saúde conta com processo feito que se chama classificação de risco, os usuários que chegam nos setores de emergências passam por essa etapa de imediato, por ela o profissional classificador avalia suas condições de saúde e riscos de agravo ou até mesmo risco iminente de morte, essa é uma forma de agilizar o atendimento tornando mais rápido e eficaz para os pacientes e também evita a sobrecarga dos profissionais atuantes nos setores, evitando assim uma superlotação de atendimentos (DAMASCENO, *et al.*, 2014).

O paciente quando chega no setor de emergência busca por um bom acolhimento, tendo em vista que ele já se encontra em um mal estar de saúde, querendo ser atendido da melhor maneira possível, ser ouvido e bem cuidado, o processo de acolhimento vai muito além do acesso à saúde, esses usuários desejam se sentir bem, confortável e seguro (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

O setor de urgência e emergência é classificado como a principal porta de entrada do sistema de saúde e atende usuários com diversas queixas e problemas de saúde, sejam eles urgentes ou não. Essa realidade de atendimento é agravada pelos problemas organizacionais dos serviços, inclusive a falta de acolhimento com classificação de risco, que define o atendimento conforme primeiro ingresso, primeiro atendido, acarretando sérios prejuízos aos usuários (BRASIL, 2014).

O Regulamento 2048/2002 propõe a introdução da "classificação de risco" nas unidades de primeiros socorros. Esse processo deve ser realizado por um profissional de saúde de nível superior com treinamento específico e protocolos pré-estabelecidos. O objetivo do processo é avaliar a urgência das queixas dos pacientes, priorizando seu tratamento (Figura 1) (BRASILIA, 2014)



Figura 1 - Protocolo de Manchester, classificação de risco. Fonte: Brasil (2014).

O Protocolo de Manchester é uma ferramenta hoje em dia de suma importância nos setores de urgência e emergência, no qual se usa esse protocolo como uma classificação de riscos por cores dependendo de sua gravidade de seu quadro de saúde, devendo ser seguido como padrão classificatório e suas ordens de prioridades (MORAES-FILHO, *et al.*, 2019).

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 (BRASIL, 2004b).

Para Moraes-Filho (2019), A classificação de risco é indispensável e também afirma que é uma forma de humanizar os atendimentos nos serviços de urgências, tornando uma assistência rápida sem comprometer a saúde dos usuários que buscam atendimentos.

2.4.1 Relações Humanas no atendimento de urgência e emergência

As relações humanas são importantes para qualquer ambiente, são valiosas e necessárias. Em todas as ocasiões sociais, quando as atividades de qualquer departamento ou instituição são respeitadas, conseguem equilibrar os ânimos e, assim, as responsabilidades (BRASIL, 2005b).

Com base nessas reflexões, é importante compreender que um dos locais mais necessários para as relações humanas é o setor de urgência e emergência, pois é o local para onde sempre recorrem os enfermos em situações difíceis. Os primeiros socorros nos departamentos hospitalares desempenham um papel importante na recuperação e manutenção da saúde humana. Recuperar e manter a saúde é baseado em cuidados de saúde de alta qualidade e uma equipe multidisciplinar focada em sua integridade (ROCHA, 2012).

O ambiente de trabalho é um local onde pode ser tanto como harmonioso como pode ser estressante, onde os profissionais que estão nesses setores sofrem diversas transformações sejam elas favoráveis para sua saúde ou não, onde estão sempre sujeitos a mudanças e isso de certa forma mexe com o psicológico dos mesmo que já se encontram em estado mental abalados, conclui-se que este ambiente pode lhe fazer bem para sua saúde como lhe fazer mal (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

Segundo os autores, esses campos são determinantes na cura de um enfermo. Este é o primeiro setor onde são feitas as primeiras avaliações da condição física de uma pessoa doente. Basicamente, esses campos têm pessoas chorando, sangrando, desmaiando, sofrendo com dores de cabeça, dores físicas e outras situações constantes (VALENTINA, 2013).

Fica claro no texto que a urgência se refere diretamente a indivíduos que devem ser priorizados porque sua condição não é boa. Esse estado crítico é um estado de risco, portanto torna-se um ponto no tratamento para esses indivíduos (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, o profissional é indispensável, o enfermeiro que está diretamente na linha de frente desse ambiente, segundo a profissão, onde é

reconhecido o alto nível de estresse dos profissionais, é o enfermeiro onde associa a sua responsabilidade no trato com as pessoas. todos os dias, tentando restaurar sua saúde por meio de atividades que permitam melhorar sua qualidade de vida (VALENTINA, 2013).

Diante da necessidade de tratamento de um paciente, o profissional deve saber a diferença entre urgência e crise, urgência é definida como a qualidade da urgência, crise é definida como o ato de aparecer. A definição apresenta os critérios que descrevem esse evento: a rapidez e imprevisibilidade de sua ocorrência e sua natureza crítica e perigosa. Esses critérios estão ausentes da definição de "urgente" (JACQUEMONT, 2005).

O enfermeiro é o profissional que recebe um paciente enfermo sobrecarregado por dezenas de outros problemas de trabalho ou pela falta deles, problemas familiares, escolares ou sociais, geralmente os mais versáteis. Quando essas pessoas entram em crise e adoecem, recorrem aos hospitais, os problemas dessas pessoas aumentam quando estão doentes e precisam de situações de urgência e emergência (VALENTINA, 2013).

2.5 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

O sistema único de saúde define cuidados de saúde obrigatórios e gratuitos para todos os cidadãos e visa prestar assistência integral à população (COSTA, 2010).

Segundo Geovanini (2005), a primeira Santa Casa de Misericórdia do Brasil foi fundada em 1543 na Vila Santos, Santos, posteriormente construída no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, onde o atendimento era prestado por voluntários e escravos (Figura 2).

Figura 2 – Primeiro Santa casa de Misericórdia do Brasil. **Fonte:** Giovanini, 2005.



Os serviços de urgência e emergência surgiram no Brasil em 1893 com o Socorro Médico de Urgência, iniciativa de instituições públicas e privadas que buscavam organizar o socorro aos doentes, afogados e feridos nas ruas (BRASIL, 2006).

Segundo Geovanini (2005), os postos de primeiros socorros destinavam-se ao atendimento dos necessitados, onde o atendimento era prestado por comissários e subcomissários de higiene e assistência pública, esse atendimento era prestado em 24 horas. Posteriormente, esta forma de tratamento foi alargada também aos hospitais estruturais com o objetivo de prestar uma ajuda eficaz em situações de urgência e crise.

Segundo Costa (2010), a procura destes cuidados de saúde é cada vez maior devido a vários fatores como alterações demográficas (envelhecimento), novas doenças (estresse, doenças cardiovasculares), novos tratamentos e esperança de vida. motivados pela busca de uma melhor qualidade de vida.

Nos últimos anos, o atendimento de urgência e vigilância tem sido super utilizado devido aos acidentes, à violência urbana e à insuficiente estruturação da rede de atenção, o que tem gerado uma alta demanda neste setor (BRASIL, 2002).

Ainda hoje, o atendimento de urgência é feito principalmente pelo pronto-socorro do pronto-socorro, que deve funcionar 24 horas por dia e está estruturado e equipado para se adaptar a situações e situações consideradas urgentes. Os pacientes eram privados de atendimento médico básico e especializado, o que gerava

sobrecarga nesse setor e reduzia a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2006), a ajuda neste setor não se limita à população local, mas sim à prestação de serviços públicos sem limitações do tipo de clientela, o que torna este serviço uma porta de entrada para outros níveis de ajuda.

É por isso que a população procura esse serviço como uma alternativa para solucionar seus problemas e preocupações. Assim, foi utilizado de forma inadequada para problemas que poderiam ser resolvidos em um nível menos complexo, aumentando os custos e afetando negativamente a qualidade da assistência prestada naquele serviço (BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde de 2002, um dos motivos das repetidas idas ao pronto-socorro é a incompatibilidade com o restante da rede assistencial, o que leva à insatisfação com a atenção básica, assistência médica de baixa qualidade e baixa resolutividade dos problemas quando os pacientes devem ser encaminhados para o local adequado para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, em colaboração com os departamentos estaduais de ambulância e medicina de emergência, propõe a implantação de redes assistenciais regionais e hierarquizadas, pois permite uma melhor organização da assistência, concretiza os serviços e define melhor os fluxos, enfatizando o referencial decisivo como parte indispensável de um tratamento complexo (BRASIL, 2002).

2.6 ATENDIMENTO CLIENTE/PACIENTE

Ainda hoje, o atendimento de urgência é feito principalmente pelo pronto-socorro do pronto-socorro, que deve funcionar 24 horas por dia e está estruturado e equipado para se adaptar a situações e situações consideradas urgentes. Os pacientes eram privados de atendimento médico básico e especializado, o que gerava sobrecarga nesse setor e reduzia a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2006), a ajuda neste setor não se limita à população local, mas sim à prestação de serviços públicos sem limitações do tipo de clientela, o que torna este serviço uma porta de entrada para outros níveis de ajuda.

É por isso que a população procura esse serviço como uma alternativa para solucionar seus problemas e preocupações. Assim, foi utilizado de forma inadequada

para problemas que poderiam ser resolvidos em um nível menos complexo, aumentando os custos e afetando negativamente a qualidade da assistência prestada naquele serviço (GEOVANINI, 2007).

Segundo a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde de 2002, um dos motivos das repetidas idas ao pronto-socorro é a incompatibilidade com o restante da rede assistencial, o que leva à insatisfação com a atenção básica, assistência médica de baixa qualidade e baixa resolutividade dos problemas quando os pacientes devem ser encaminhados para o local adequado para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, em colaboração com os departamentos estaduais de ambulância e medicina de emergência, propõe a implantação de redes assistenciais regionais e hierarquizadas, pois permite uma melhor organização da assistência, concretiza os serviços e define melhor os fluxos, enfatizando o referencial decisivo como parte indispensável de um tratamento complexo (BRASIL, 2002).

2.7 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA

A política nacional de humanização é coerente com os princípios do SUS e enfatiza a necessidade de garantir o acesso e tratamento integral da população, bem como estratégias para ampliar os direitos e as condições das pessoas de cidadania, mostrando a complexidade de seu alcance à luz da humanização do acompanhamento e da avaliação, o desafio é "inventar" indicadores que possam medir e expressar não só mudanças em situações de saúde-doença, mas também evocar e buscar outras reflexões e consequências em outros níveis de representação. (SANTOS-FILHO, 2005).

O processo de humanização deve forma absoluta existir e muito se indaga sobre o tema citado, sobre a necessidade desta prática no âmbito hospitalar em relação a assistência recebida pelos usuários que buscam por atendimentos na rede SUS (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA 2006).

A humanização é, portanto, a prestação de cuidados de qualidade, a articulação do desenvolvimento tecnológico com a aceitação, a melhoria dos ambientes de tratamento e das condições de trabalho dos especialistas (BRASIL, 2004b).

Quando falamos em cuidado na assistência ao paciente, a enfermagem surge com peça essencial, a profissão trás consigo o ato de humanizar um atendimento,

porém encontra também bastante dificuldades em relação a essa prática por se tratar de uma classe aonde é muito exigida na prestação de seus serviços, com isso acabam se sobrecarregando, fazendo assim baixar seu nível de humanização por muitas vezes ter que fazer a pratica de sua atividade de forma rápida (COLLET e ROZENDO 2003).

No desenvolvimento da política de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização deve ser considerada como uma das principais dimensões, não podendo ser considerada apenas como um programa adicional aplicado a diferentes serviços de saúde, mas como uma prática que funciona em todos os lugares todos os serviços de saúde. Rede SUS (BRASIL, 2004b).

O princípio da humanização consiste, portanto, na tradução de princípios e modos de funcionamento nas relações entre profissionais e usuários, diferentes profissionais, diferentes unidades e serviços de saúde e as unidades que compõem 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-FILHO, 2005).

2.8 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DO USUÁRIO DO SUS

O tratamento da história da enfermagem e seu desenvolvimento em relação às práticas de saúde está relacionado às estruturas sociais de uma determinada época, e cada período histórico se distingue de acordo com a ideologia que descreve o desenvolvimento e o percurso de sua filosofia, política e saúde. práticas qual o trabalho da enfermagem é fixo (GEOVANINI et al., 2005).

No século V a.C. as doenças eram entendidas como um castigo de Deus ou como resultado do poder do diabo. Por isso padres, bruxas e curandeiros tratavam os enfermos com banho de água quente ou fria, com o objetivo de limpar a alma e drogas empíricas de plantas e ervas (OGUISSO, 2007).

A medicina tornou-se científica na forma de Hipócrates, considerado o pai da medicina, que propôs uma nova compreensão da saúde, separando a arte de curar da orientação mística e espiritual, utilizando o método indutivo de inspeção e

observação. Esse método possibilitou a realização de diagnóstico, prognóstico e tratamento, enfatizando as práticas de higiene assistencial da época (GEOVANINI et al., 2005).

A revolução industrial propiciou o avanço da medicina e a melhoria da assistência à saúde graças à modernização, além do desenvolvimento tecnológico com o surgimento de 31 aparelhos modernos que ajudaram a melhorar e acelerar o trabalho e estimularam a reorganização dos hospitais (BRASIL, 2014).

A enfermagem começou a ganhar força a partir do momento em que Florence Nightingale foi chamada em 1854 para cuidar de soldados feridos na Guerra da Criméia. Seu conhecimento e trabalho de enfermagem a ajudaram a ser considerada a fundadora da enfermagem moderna em todo o mundo. Após o retorno da guerra, foi criada uma escola de enfermagem onde a enfermagem se tornou uma profissão (COSTA et al., 2009).

Segundo Grisardi e Vieira (2008), o Brasil, assim como a Europa, teve Ana Néri, que, assim como Florence Nightingale, foi ao campo de batalha para atender soldados brasileiros durante a guerra do Paraguai e se tornou uma pioneira da assistência médica no Brasil. Devido à sua importância, foi criada a primeira escola formal de enfermagem do país.

A enfermagem vem em um processo de transformação desde o mundo primitivo ao mundo moderno, se transformando e se aperfeiçoando através de estudos, mesmo em um grande impasse de dificuldades enfrentadas desde que se tornou profissão, exercendo seu trabalho árduo tenta buscar uma qualidade em seu exercício humanizado (GEOVANINI et al., 2019).

Para Maria Monica, Quadros e Grassi (2012), a profissão da enfermagem ainda busca mais valorização dentro da área da saúde como ciência, para ganhar sua verdadeira identidade e assim passar a ter conceitos e posturas para que venha a ser uma classe independente e desmentir alguns mitos de como a de submissão a classe médica.

A área da saúde é contemplada com uma ciência que vem cada vez mais se estruturando e evoluindo em decorrer dos anos, contribuindo assim para a população com um atendimento mais eficaz e específicos, a enfermagem surge como uma peça chave quando se pratica a assistência a seus pacientes, tornando-se indispensável nessa prática (HERMIDA, 2004).

O gerenciamento de enfermagem é de suma importância quando se trata de atendimento ao usuário em busca de assistência à saúde, o profissional enfermeiro é o grande responsável por esse processo tendo em vista que ele é o que coordena a equipe de trabalho em seu setor, o mesmo presa pela qualidade deste atendimento e satisfação do paciente (BARBOSA e MELO 2008).

Com isso a enfermagem criou um Sistema para que tenham um norteamento na assistência a prática da profissão, tendo mais organização e eficácia para um grande crescimento passando ao enfermeiro a responsabilidade de exercer a tal prática em seus ambientes de trabalhos, aplicando o método chamado de SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem, podendo assim ter um direcionamento das necessidades de cada paciente e pondo em prática suas intervenções (MARIA MONICA; QUADROS; GRASSI, 2012).

O profissional enfermeiro é responsável tanto pelo setor atuante quanto pela equipe do setor, sendo ele o direcionador de tarefas assim como mediador de conhecimentos e de uma segurança para sua equipe, tanto física como mentalmente, ele que motiva os membros de sua equipe a sempre buscar prestar o melhor atendimento possível para os usuários atendidos em seu setor (MARIA MONICA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Segundo Silva *et al.*, (2019), a enfermagem é imprescindível quando se fala em atendimento em setores de urgência e emergência, mas também aponta que esses profissionais devem ter uma qualificação adequada para atuar neste setor para que haja um atendimento cada vez mais humanizado, pois eles sempre estão expostos a vários fatores de risco a sua saúde, como estresse, esgotamento físico e mental além de estarem sempre pressionados no atendimento que deve executar com rapidez, e conta também com a sobrecarga de serviço e acúmulo de funções.

Fontana (2010), diz que a humanização tem que partir a princípio dos gestores para com seus colaboradores, deve-se humanizar primeiramente os trabalhadores, tanto emocionalmente, quanto propiciar um ambiente humanizado, favorecendo assim um ambiente harmonioso, com a Política de Humanização da Assistência passou a pensar mais sobre o cuidado com os trabalhadores principalmente de enfermagem, aos quais estão fragilizados e expostos a fatores de riscos a sua saúde.

Um colaborador exposto ao estresse, sobrecarga de trabalho, com ambiente não confortável, torna-se a ter um índice relevante de queda na prática da assistência prestadas aos usuários, por isso o foco em manter uma boa comunicação entre os

profissionais na equipe de trabalho gera um ambiente saudável, assim a humanização passa a ser tratada de forma cada vez mais aplicada sejam elas em qualquer setor (FONTANA, (2010).

2.9 COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES

O processo comunicativo é muito importante no dia a dia é uma ferramenta utilizada para troca para emitir e receber informações e resolução de problemas, é um hábito que pode ser utilizado através da linguagem falada, escrita ou através até mesmo de gestos e expressões, a sua utilização da forma correta trás uma boa compreensão entre as pessoas, facilitando um bom diálogo (MOURÃO, *et al.*, 2009).

A comunicação pode ser compreendida como o ato de duas ou mais pessoas construírem um diálogo, entender umas as outras, tornando mais fáceis de ser repassado informações, uma boa comunicação e entendimento torna um ambiente mais saudável e harmonioso, assim facilitando na hora da prestação de uma assistência mais humanizada (COIFMAN, *et al.*, 2021).

O Profissional enfermeiro atuante no setor de urgência e emergência deve dominar sua habilidade de comunicação para um bom entendimento entre a equipe no setor e um bom entendimento entre profissional e paciente, essa ferramenta é de importância imensurável em uma unidade de urgência, facilitando para um melhor atendimento e fluência do serviço (CIELO; CAMPONOGARA; PILLON, 2013).

O paciente quando procura o serviço de urgência para atendimento, o mesmo se encontra em um estado vulnerável e frágil, e com psicológico abalado, procurando um cuidado, portanto nesse momento é imprescindível e indispensável uma boa comunicação e um diálogo entre profissional e paciente na hora das transições no ato da assistência prestada (CASTRO; MARQUES; VAZ, 2022).

Uma boa comunicação é fundamental no primeiro contato com o paciente e profissional, esse atendimento inicial ajuda a tornar um atendimento mais tranquilo e por fim mais humanizado seguindo a Política Nacional de Humanização, o enfermeiro é o profissional do diálogo, o que mais faz esse papel de troca de informações entre paciente e profissional, por isso essa pratica é exigida muito dele segundo (MOURA, *et al.*, 2014).

A linguagem entre profissional e paciente tem umas certas barreiras que acabam dificultando o entendimento por parte do paciente tendo em vista que alguns profissionais utilizam muito de linguagem técnica na assistência ao paciente, foi

verificado uma certa dificuldade de entendimento através dessa troca de informações, com isso, ressalta que essa barreira seja quebrada e que as trocas de informações profissional paciente seja de forma mais clara afim do receptor conseguir entender a mensagem repassada (BORBA; SANTOS; PUGGINA 2017).

Ainda em relação a barreira de comunicação, por outro lado, também existe uma porcentagem alta de entendimento por parte do profissional os relatos dos pacientes, devidos os mesmos obterem essa dificuldade de expressão devido a vários aspectos que podem influenciar (BORBA; SANTOS; PUGGINA 2017).

A enfermagem é como um pilar quando se fala sobre o cuidado, ela é a profissão que atinge o seu ápice quando se trata no respectivo tema, desde anos atrás até o dia de hoje, é importante que o enfermeiro tente conhecer e entender as culturas de seus pacientes, assim mobilizando recursos internos afim de tentar superar e quebrar essa tão chamada barreira entre profissional e paciente quanto se trata em relação ao processo comunicativo, facilitando o entendimento de ambas as partes (COUTINHO, *et al.*, 2017).

Então podemos verificar através desta pesquisa que uma boa comunicação entre profissional e o paciente é de suma importância no momento do atendimento para que exista um melhor atendimento digamos assim mais humanizado.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido diante de uma pesquisa de opinião, descritiva, e de levantamento, quantitativa, e caracterizando-se de natureza teórico-empírico baseando-se em dados primários coletados.

Pesquisa de opinião segundo Pirolo; Fochi (2001) baseia-se no princípio da curiosidade, a busca de informações sobre um tema específico, é uma ferramenta de pesquisa que se realiza por meio da coleta de informações de várias pessoas pedindo sua opinião sobre um tema específico. obter uma resposta sobre este tópico com base em opiniões pesquisadas.

A pesquisa descritiva, segundo Gil (2008), é um objeto de pesquisa utilizado para descrever as características da população-alvo do estudo, seguindo algumas técnicas utilizadas na coleta de dados, como idade, sexo, procedência, por exemplo, especificidades.

A pesquisa de levantamento (surey research) resulta do processo de pesquisar, entrevistar e pedir informações a um determinado grupo de pessoas para obter informações necessárias para explicar as informações em que uma conclusão é feita sobre informações sobre um determinado. tema informações obtidas durante a pesquisa. (GIL, 2008).

Pesquisa Quantitativa, Silva; Lopes e Junior (2014) dizem que o referido estudo é quantitativo quando se refere a estatísticas numéricas para medir ou quantificar esses dados, que podem ser resultados exatos ou apresentados como porcentagens. para poder dar um certo resultado à questão levantada.

A pesquisa teórico-empírica é um método de coleta de dados amplamente utilizado pelos pesquisadores, que parte de um determinado ponto ou pressuposto que gera especulações teóricas, visando alcançar resultados semelhantes ou próximos aos almejados na pesquisa teórica (DEMO, 1985).

Dados primários, como ele já diz, são dados iniciados, fornecidos originalmente, uma vez publicados ou disponibilizados para revisão. Essas informações são coletadas por meio da elaboração de uma indagação que conduz a um problema ou pesquisa (ANTÔNIO, 2011).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Itaituba é um município brasileiro do estado do Pará, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Paraense. Localiza-se no norte brasileiro, a uma latitude 04°16'34" sul e a uma longitude 55°59'01" oeste. É o décimo quarto município mais populoso do estado e um dos principais centros econômicos do oeste paraense. Com uma área de 62.041 km² e uma população de 101.395 habitantes (IBGE, 2020).

3.3 COLETA E POPULAÇÃO AMOSTRAL

Foram coletados dados (dados sociais, dados patológicos e quando ao atendimento) de 600 pacientes atendidos na Emergência do Hospital Municipal de Itaituba entre o período de Setembro de 2022 à Janeiro de 2023.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, foram incorporados pacientes maiores de idade, (18 anos), lúcidos e orientados, aptos para responder as perguntas solicitadas no questionário.

Os critérios de exclusão foram os pacientes menores de idade, (18 anos) desorientados, alcoolizados, e os que não apresentaram bom estado psicológico para responder as perguntas compostas nos questionários.

3.5 ANÁLISE DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

As análises de riscos da Resolução 466/12 do artigo V, diz que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. De antemão devem ser analisadas as possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. Nesse caso, o pesquisador responsável suspenderá a pesquisa imediata se perceber alguma possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2010 a).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A identidade dos participantes foi mantida em total e absoluto sigilo. Seus nomes e as informações que indiquem as suas participações estão protegidas. A participação no estudo não acarretará custos ou qualquer tipo de compensação financeira adicional. De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde (CNS) a prática desta pesquisa está dentro de todos os preceitos éticos citados, zelando pela privacidade e sigilo das informações, e quando necessárias, tomando públicos os resultados desta pesquisa (BRASIL, 2012 a)

3.7 INSTRUMENTOS DE DADOS COLETADOS

A pesquisa foi realizada através de um questionário semiestruturado contendo 20 questões de múltipla escolha, que foram feitas para os participantes durante o período de levantamento e coleta de dados buscando informações sobre o presente tema citado neste estudo enfatizando o Atendimento Humanizado no setor de urgência e emergência do HMI.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Esta pesquisa permitiu a compreensão sobre o tema referido, tendo como objetivo geral: Verificar se existe atendimento humanizado com os pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Além de descrever o perfil social dos participantes, a fim de avaliar a qualidade da assistência prestada, classificando a assistência, de acordo com a percepção dos usuários da pesquisa. 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 2022.

DADOS PESSOAIS		
SEXO	QUANTIDADE	%
Masculino	365	60
Feminino	235	40
TOTAL:	600	100
FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	%
18 a 29	294	49
30 – 60	253	42
Maior que 60	53	9
TOTAL:	600	100
GRAU DE ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	%
Ensino Fundamental Incompleto	140	23
Ensino Fundamental Completo	68	11
Ensino Médio Incompleto	59	10
Ensino Médio Completo	105	18
Ensino Superior Incompleto	123	20
Ensino Superior Completo	105	18

TOTAL:	600	100
REND A FAMILIAR	QUANTIDADE	%
Menor que 1 salário	168	28
1 salário	207	34
1 e 2 salários	147	24
3 e 4 salários	75	13
Igual ou maior que 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) se sobressaiu 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, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo, apresentando homogeneidade entre os graus de ensino, Assim o nível de escolaridade ensino fundamental incompleto, apresentou maior percentual 23% (140/600), sucedido por ensino superior incompleto com 20% (123/12), os níveis ensino médio completo e ensino superior completo apresentaram ambos 18% (105/600), ensino fundamental incompleto apresentou 11% (63/600) e ensino médio incompleto 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, detectou-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 (SOARES *Et al.*, 2010).

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 (Tabela 2).

Tabela 2 – Etiologias de atendimentos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, por usuários no segundo semestre de 2022.

CAUSA DE ATENDIMENTO	QUANTIDADE	%
Dor aguda	124	21
Febre	64	11
Astenia	34	5
Acidente	46	7
Agressão	3	1
Êmese	12	2
Diarreia	40	6
Doença crônica	7	1

Diagnóstico indefinido	277	46
TOTAL:	600	100

Com base na obtenção das respostas dos entrevistados, percebeu-se que 46% (277/600) dos participantes responderam que a procura pelo serviço de saúde está relacionada por um diagnóstico indefinido e 21% (124/600) disseram que procuram o hospital relatando dor aguda e 11% (64/600) por estar apresentando quadro de febre, sendo estes três os caracterizados como os mais incidentes.

O atendimento de urgência, requer ocorrência, necessita de assistência médica imediata, enquanto que o atendimento de emergência, depende da avaliação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso (BRASIL, 2014).

É importante salientar, que o HMI, não possui classificação de risco, ou seja, o atendimento ocorre com base na periculosidade do quadro clínico do paciente, priorizando-se traumas, estágios graves, doenças crônicas, coma, trabalho de parto, entre outros.

Ainda para Santos (2008), o tratamento caracteriza-se da seguinte forma: urgência com baixa e média complexidade (se o paciente não estiver em risco de morte); necessidade de emergência complexa (o paciente está em estado crítico ou agudo, mas não há perigo de morte; emergência (casos com risco de morte).

Segundo Costa *et al.*, (2010), a finalidade dos sistemas de classificação é organizar as necessidades que entram nas crises de busca por tratamento; Pacientes encaminhados por prioridades de segurança aguardam avaliação diagnóstica. Para que a triagem estruturada seja bem-sucedida, deve-se fazer referência a um protocolo de classificação válido que inclua um algoritmo (árvore podada) que leve em consideração a prioridade de tratamento e equipamentos, estrutura física e habilidades profissionais de acordo com o risco.

Neste sentido, questionou-se o tempo de espera, dos usuários atendidos durante o tempo de pesquisa (Tabela 3), onde encontraram-se os resultados expostos a seguir.

Tabela 3 – Tempo de espera de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.

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
TOTAL:	600	100

Questionados sobre o tempo de espera no ambiente de urgência e emergência do hospital municipal de Itaituba, 51% (310/600) destes falaram que ficam de 10 a 20 minutos esperando o atendimento, 23% (139/600) aguardaram em torno de 30 a 40 minutos, 11% (63/600) de 30 a 40 minutos, 9% (57/600) esse tempo chegou a 1 hora de espera e em 6% (34/600) chegou a alcançar mais de 1 hora em espera.

Portanto, a emergência caracteriza-se como uma situação em que o atendimento não pode ser adiado, deve ser imediato. Em casos de emergência, o tratamento deve ser feito em um período de tempo, que geralmente não ultrapassa duas horas. Situações não urgentes podem ser encaminhadas para atendimento ambulatorial ou ambulatorial regular por não apresentarem urgência previamente descrita (LOPES, 2009).

O Ministério da Saúde instituiu por meio de regulamentação em 2002, em 2048 exame de admissão e classificação de risco em pronto-socorro, e então em 2004 foi lançada a PNH, ou política nacional de humanização, que traz os princípios da importância da relação. profissional e paciente (BRASILIA, 2014).

Em estudo realizado no Paraná em 2010, foi identificado um índice de avaliação dos usuários, onde 40% apontaram que o tempo de atendimento dos usuários de ambulância que participaram do estudo foi classificado como bom e 47% dos entrevistados avaliaram negativamente e com base nos dados coletados conclui-se que a maioria das reclamações ao serviço foram causadas por atrasos devido à alta demanda em um setor onde muitas vezes pacientes com problemas

graves de saúde acabam recebendo tratamento. imediatamente, enquanto outros pacientes aguardam com um estado de saúde mais brando (SOARES *et al.*, 2010).

O atendimento às urgências e emergências deve ser realizado em todos os pontos de atenção à 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 atenda à demanda espontânea do local (BRASIL, 2014).

A medida de classificação de risco é um mecanismo que faz inclusão e tem como objetivo não deixar nem uma pessoa sem o atendimento necessário sistematizando o fluxo dos pacientes a fim de prestar um cuidado mais holístico e humanizado. O PNH vem para melhorar todo o sistema de atendimento de urgência e emergência diminuindo o tempo de espera para atendimento dos pacientes graves que necessitam de uma avaliação imediata (LOPES, 2009).

Em relação ao profissional que realizou o atendimento, os usuários entrevistados, apontaram equipe clínica, forma já estabelecido no SUS e corroborando com dados de outros estudos (Tabela 4).

Tabela 4 – Atendimento profissional de usuários da urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022

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

Sobre quem prestou o atendimento no setor de urgência e emergência do hospital municipal de Itaituba, os resultados ficaram do seguinte modo: 50% (302/600) relataram que foram atendidos por um enfermeiro, 32% (191/600) atendidos por um médico, 15% (91/600) com técnico de enfermagem, 2% (9/600) por um radiologista e 0,5% (3/600) atendidos por fisioterapeuta ou recepcionista, vale ressaltar que metade enfatizou ser atendido por um enfermeiro.

A implantação de serviços de emergência e pronto socorro em hospitais requer recursos humanos efetivos, mas os achados da literatura indicam que a composição insuficiente de equipes multidisciplinares e especializadas no plantão de 24 horas é um nó crítico a ser superado devido à demanda de pacientes e atendimento carga (MORAES, 2014).

O estudo de Soares e outros (2010) chama a atenção para as falhas técnicas e operacionais das equipes de emergência e o despreparo em situações de emergência. Tais situações levam à necessidade de uma intervenção pública estruturada na qualificação de profissionais para subsidiar o desenvolvimento de planos e planos de carreira, considerando a resolução de fragilidades de vínculos profissionais e oportunidades de especialização profissional, com ênfase na microrregião escopo

Observa-se que a predominância da equipe de enfermagem, está relacionada ao cuidado, como pilar da profissão, onde o enfermeiro monitora e acompanha o paciente. Quanto ao atendimento e tratamento recebido pela equipe, demonstra-se (Tabela 5).

Tabela 5: Tratamento recebidos, conforme a percepção de usuários atendidos na urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.

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

Sobre a questão de atendimento prestada por parte dos profissionais de saúde na visão dos usuários do serviço de urgência e emergência, 33% (200/600)

dos relatos classificaram como antipatia, 18% (109/600) com cordialidade, 17% (103/600) 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 ser capaz de expressar essa preocupação dando respostas adequadas e compreensíveis, resolvendo a preocupação com as peculiaridades dos usuários e as ações traçadas com outros serviços do sistema, caso em que o cliente pode ser encaminhado para outro lado. serviço padrão de vida, sempre necessário (NASCIMENTO, 2011).

A prioridade e habilidade do serviço é o primeiro contato com o usuário que chega ao serviço de resgate na classificação conforme protocolo de atendimento das unidades de acordo com o grau de risco por ele causado. A prioridade é dada aos casos importantes que requerem atendimento mais qualificado, rápido e dinâmico, dando à equipe uma melhor compreensão de que os presentes podem ter que esperar um pouco mais pelo atendimento (BRASIL, 2014).

A humanização é fazer com que o usuário se sinta acolhido ao chegar. Uma visão profissional desse usuário é definitivamente um dado. Ele tem a oportunidade de ser ouvido, de ser informado sobre as rotinas do hospital, o que dá a esse usuário a oportunidade de receber ajuda (NASCIMENTO *et al*, 2011).

Em situações de urgência e crise, o enfermeiro deve conhecer a disponibilidade de serviços de saúde nas unidades e ter habilidade para formular e encaminhar o tratamento para um serviço especializado. Assim, permite caracterizar os fluxos de usuários do sistema de saúde e avaliar a adequação da referência a outros sistemas de saúde (SOARES *et al.*, 2010).

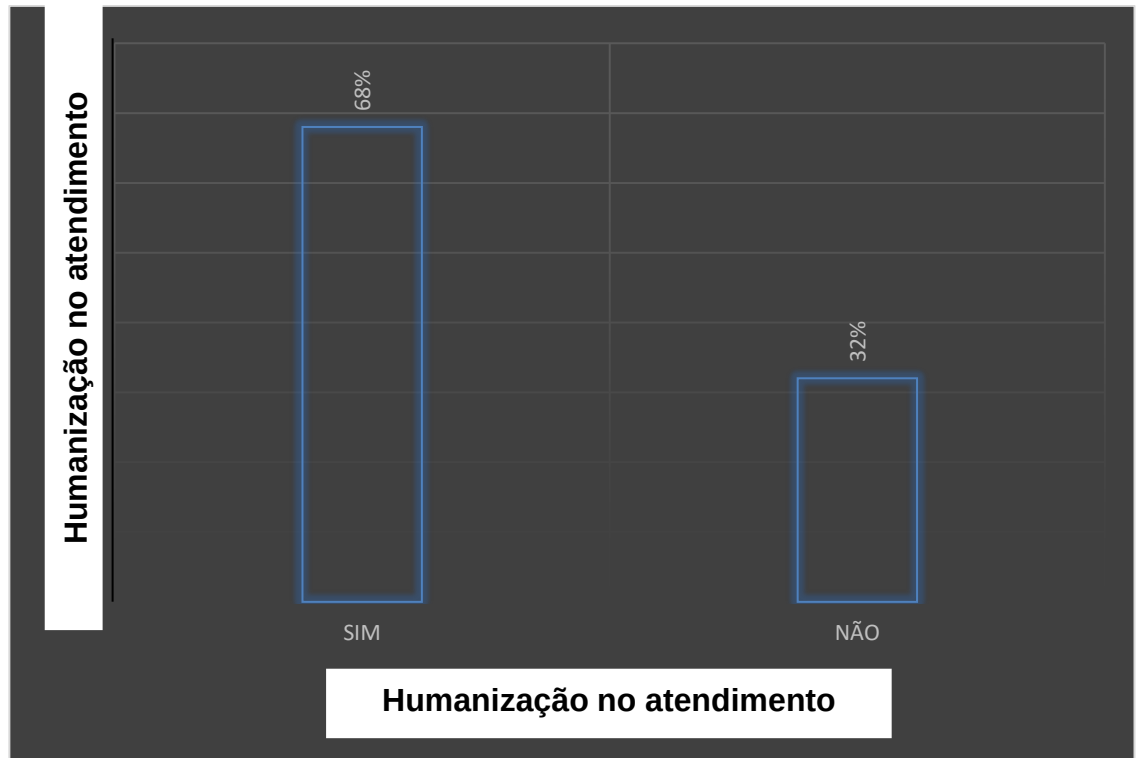


Gráfico 1: Percepção sobre humanização no atendimento, por usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022. **Fonte:** Melo, 2022.

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% (410/600) dos usuários disseram que há sim um atendimento humanizado por parte dos profissionais de saúde e 32% (190/600) relataram que não há uma prestação de humanização nos profissionais atuantes do setor.

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.

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).

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 e transformações nas formas de produzir e prestar serviços (SANTOS, 2005).

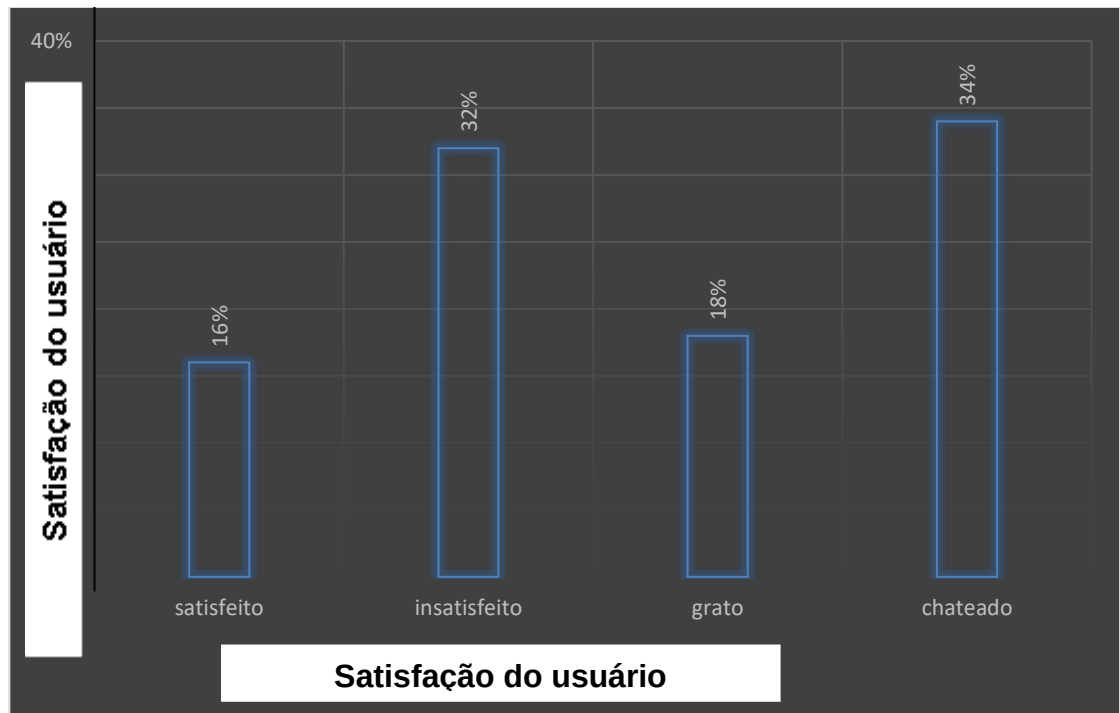


Gráfico 2: Nível de satisfação no atendimento, por usuários do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022. **Fonte:** Melo, 2022.

Ainda falando sobre o atendimento, os entrevistados foram questionados sobre o nível de satisfação, sendo que a classificação ficou da seguinte maneira, 34% (205/600) disseram ficar chateado na questão do atendimento, 32% (190/600) enfatizaram estarem insatisfeito, 18% relataram estar grato com o atendimento e 16% (98/600) responderam com satisfação ao atendimento que lhes foi prestado naquele setor.

Neste sentido, podemos notar que mais da metade dos entrevistados classificaram como negativo o modelo de assistência que foi aplicada no setor.

Segundo Brasil (2006), o conceito de satisfação pode refletir diferentes objetivos de pesquisa (avaliar a qualidade ou conhecer a percepção do usuário) e encontra-se relacionado a eventos médicos e não médicos. A satisfação serve para avaliar desde as “amenidades do cuidado”, referindo-se desde a alimentação, limpeza e conforto, até a qualidade técnica dos serviços.

Em resumo, são muitos os aspectos que influenciam na produção de satisfação e insatisfação, e estes estão sempre variando entre os estudos. A partir dos resultados de vários estudos utilizando satisfação dos usuários, segundo Brasil (2006), pode-se inferir que os principais fatores na percepção dos pacientes, são: interesse pessoal do médico pelo paciente; acessibilidade; acompanhamento por pessoal, informação dos médicos e privacidade.

Segundo Lopes (2011), as relações dos diferentes níveis de serviços de saúde e a aquisição de referências de decisão são fatores fundamentais que promovem o acesso universal, a distribuição justa de recursos e a integridade do tratamento prestado e da taxa de usuários satisfação

Em decorrência da insatisfação dos usuários, pode ocorrer na organização questões relacionadas ao seu desempenho e sobrecarregar a equipe, o que pode levar ao desgaste físico e emocional devido ao distúrbio psicológico que ocorre durante a prestação do serviço (SOARES, 2010).

A visão da satisfação do cliente no ambiente de saúde é um indicador de qualidade e melhorias, e tem se tornado um verdadeiro desafio na gestão da qualidade e na tomada de decisão, pois trabalhar com pessoas traz diversas respostas para a questão. (PENA, 2010).

Com base nestes indicadores descritos, reforça-se o objetivo deste estudo, de avaliar a qualidade do atendimento por parte dos usuários desta pesquisa. Assim, a seguir se demonstra essa avaliação, a fim de mostrar a percepção sobre o serviço de urgência e emergência do Hospital Municipal de Itaituba, assim foi questionado conforme os principais serviços ofertados no setor, procurados pelo usuário e de maior incidência (Tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação do serviço de urgência e emergência, do Hospital Municipal de Itaituba, no segundo semestre de 2022.

AVALIAÇÃO DO USUÁRIO		
Atendimento médico		
AVALIAÇÃO	QUANTIDADE	%
Ótimo	33	6
Bom	191	32
Regular	40	7
Ruim	8	1
Péssimo	5	1
Atendimento de Enfermagem		
AVALIAÇÃO	QUANTIDADE	%
Ótimo	25	4
Bom	128	21
Regular	26	4
Ruim	4	0,6
Péssimo	11	2
Atendimento de laboratório		
AVALIAÇÃO	QUANTIDADE	%
Ótimo	15	3
Bom	77	13
Regular	101	17
Ruim	8	1
péssimo	7	1
Atendimento de Ultrassonografia		
Avaliação	Quantidade	%
Ótimo	35	5
Bom	268	44
Regular	174	29
Ruim	49	8
péssimo	123	20
Acolhimento e/ou recepção		
AVALIAÇÃO	QUANTIDADE	%
Ótimo	30	5
Bom	293	49
Regular	207	34
Ruim	52	9
Péssimo	18	3
Estrutura física do setor de urgência e emergência		
AVALIAÇÃO	QUANTIDADE	%
Ótimo	19	3
Bom	149	25
Regular	256	42
Ruim	101	18
Péssimo	75	12

A tabela 6, foi elaborada com o intuito de verificar a avaliação dos usuários sobre os serviços do Hospital Municipal de Itaituba. Assim, avaliou-se: Equipe médica, enfermagem, acolhimento e recepção ultrassonografia, laboratório e estrutura física.

Na questão atendimento prestado pelo médico 32% (192/600) classificaram como bom o atendimento que foi prestado pelo profissional. Já no atendimento prestado pelo enfermeiro 21% (128/600) disseram que foi bom e houve embate entre ótimo e regular com 8% (51/600). No atendimento prestado pelo laboratório, durante as realizações de exames 17% (101/600) dos participantes o avaliaram como regular. Sobre as ultrassonografias 44% (268) consideraram bom. Quanto ao acolhimento ou recepção 49 (293/600) responderam que foram bem atendidos. A estrutura física do setor 42% (256/600) foi classificada como. Com base nessas evidencias nota-se que há a necessidade de melhorar o espaço físico e alguns dos serviços que são prestados.

Observa-se que de modo geral, ocorreu uma boa avaliação por parte dos usuários da urgência e emergência, porém, as parcelas negativas, contribuem ainda mais para a melhoria do atendimento.

Segundo o estudo de Soares *et al* (2010), o ambiente físico do hospital avaliado refletiu-se negativamente na opinião dos entrevistados, pois foi constatado que a estrutura do pronto-socorro do hospital não era suficiente para atender aos requisitos demanda atual, onde 68% dos usuários responderam que a condição física do hospital é ruim, considerando que após o tratamento ficam alojados nos corredores sem previsão de que serão encaminhados para dormir, por isso não aceitam esse trabalho.

Um estudo realizado por Santos (2005) sobre o atendimento da equipe de atendimento constatou que a maioria dos entrevistados estava satisfeita, com 48% dos pacientes avaliando o atendimento recebido como bom, 29% como excelente e 77% como positivo. opiniões, que apoiam esta pesquisa.

No estudo de Soares *et al* (2010), foram levantadas 40 opiniões negativas em relação a problemas como falta de estrutura, leitos, falta de atenção profissional aos pacientes, falta de companhia, demora no tratamento.

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, 2012).

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 2022.

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 clínico	43	7
Disponibilidade de equipamentos	64	11
Estrutura física e arquitetura	76	13
Atendimento de 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

TOTAL:	600	100
---------------	-----	-----

Conforme a estrutura do ambiente de urgência e emergência e as questões de equipamento no local, 17% (100/600) optaram por não responder, 13% (76/600) atribuíram para melhoria estrutura física ou arquitetura, 11% (64/600) dos entrevistados disseram que há necessidade de disponibilização de mais equipamentos e 8% (51/600) desses participantes falaram que não há precisão de efetuar nenhuma mudança.

Esta avaliação por parte do usuário, mostra a necessidade de intervenções governamentais estruturadas na direção da suficiência de profissionais, de forma a subsidiar o desenvolvimento de políticas de planos e carreiras, contemplando o enfrentamento de fragilidades de vínculos profissionais e oportunidades de qualificação profissional.

A Portaria GM 2048/2012 alerta para a realidade alarmante, a necessidade de atender a demanda não coberta pela atenção primária à saúde, aumentando os primeiros socorros (PA), com atendimento médico, mas sem estrutura e apoio diagnóstico, sem diagnóstico. exame, sem dispositivo estrutural e fora da rede assistencial, colaboração com serviço de baixa qualidade para conseguir sem solução que ofereça possibilidade de retorno àquelas unidades de saúde (BRASIL, 2006).

A estrutura física planejada e adequada desse setor promove, assim, a qualidade da assistência, acolhe efetivamente o usuário e reduz os riscos de danos relacionados às atividades improvisadas (SANTOS, 2008).

Este ramo de atividade deve, portanto, oferecer espaço físico suficiente para que todos os procedimentos sejam realizados adequadamente sem que ocorram acidentes no percurso (COSTA, 2008). Segundo Santos (2005), a influência multifacetada dos fatores na satisfação do usuário com os serviços de saúde pode estar relacionada aos serviços e seus prestadores, bem como aos próprios clientes, mas muitos desses fatores ainda não foram definitivamente investigados.

Portanto, a avaliação do usuário, é essencial para a tomada de decisão por parte destora, na melhoria dos serviços de saúde, pois este tem um olhar diferenciado as assistências, da estrutura e do atendimento de emergência,

cabendo o gerenciamento, melhorara a qualidade na assistência de seus espaços de saúde.

5 CONCLUSÃO

A realização desta investigação permitiu-nos compreender as preocupações e o impacto dos utentes em situações de emergência e crise. Os dados obtidos forneceram informações que permitiram a análise da realidade vivenciada pela população carente de serviços públicos.

Portanto, todos os objetivos deste estudo foram alcançados, e ficou claro que a organização e prestação de serviços de saúde de urgência e emergência e a deterioração da qualidade do atendimento refletem diretamente na satisfação do usuário. De maneira geral, o setor atende à necessidade geral do município, prestando assistência adequada sempre que possível, estando apto a atender pacientes graves devido à sua estrutura física e recursos humanos e materiais, como a maioria dos hospitais do Tapajós. Já o setor hospitalar descrito não oferece avaliação de risco do serviço, o que dificulta o tratamento, mas o hospital deve ter estrutura física para receber esse tipo de atendimento.

Nesse cenário, vale destacar a avaliação do usuário dos serviços de urgência e emergência, que foi positiva e em média de qualidade “boa” em todos os aspectos da avaliação.

Isso mostra que, apesar das dificuldades, a humanização e o atendimento ao paciente prevalecem, mesmo com os obstáculos que os usuários enfrentam no atendimento pela atenção primária e as dificuldades que os profissionais da equipe de atendimento enfrentam devido à sobrecarga. falta de recursos humanos, que se manifesta em estresse, cansaço físico e mental.

Com a implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), espera-se que o atendimento seja descentralizado e equilibrado devido à sobrecarga de pacientes e aumento do quadro de funcionários.

Para organizar o avanço desse campo, é aconselhável implementar algumas medidas, como, por exemplo, testes de triagem com classificação de risco propostos pelo Ministério da Saúde e, se necessário, um sistema de orientação ao usuário, além de estudos de campo. a opinião de especialistas sobre o serviço oferecido.

REFERÊNCIAS

- ANTÔNIO, T. A. **Pesquisa de Marketing**. Designer instrucional Viviane Bastos. – 2. ed. – Palhoça - SC: Unisul Virtual, 2011. 134 p.
- BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, Brasília - DF, 2008.
- BARRETO, V. P; GOMES, C. M; SCHUH, L. X. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado no setor de urgência e emergência, **Revista das semanas acadêmicas da ULBRA**, Cachoeira do Sul, V. 4, n. 4, 2017.
- BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. **Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura**. Acta Paul Enferm. Recife – PE, 2012.
- BORBA, A. P.; SANTOS, B. M.; PUGGINA, A. C. BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENFERMEIRO-PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Saúde**, Guarulhos – SP v. 11, n.1-2, 2017.
- 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; 2009.
- 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, 2006.

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Infecção em Serviços de Saúde**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento para formação e intervenção, caderno humaniza SUS. Brasília/DF: MS; 2014.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012^a.

BROCA, P. V; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 97-103.

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

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

CASTRO, C. M. C. S. P.; MARQUES, M. C. M P.; VAZ, C. R. O. T. COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE PORTUGAL. **Rev. Cogitare Enferm**. 2022, v27.

CÉZAR, S. V; SOUZA, J. S. M. **A visão da enfermagem sobre o atendimento humanizado no setor de urgência e emergência**. Seminal: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 42, n. 1, pág. 81-90, jan. /Jun. 2021.

CIELO, C.; CAMPONOGARA, S.; PILLON, R. B. F. **A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência.** J Nurs Health. 2013;3(2):204-12.

COFEN; Conselho Federal de Medicina (1995) em sua **Resolução CFM nº 1451/95.**

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; COSTA, E.; BOCK, L. F. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo, **Texto Contexto Enfer. Florianópolis/SC.** v. 18, n.04, p. 661-9. 2008.

COIFMAN, A. H. M.; PEDREIRA, L. C.; JESUS, A. P. S.; BATISTA, R. E. A. **Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso.** Rev Esc Enferm USP · Canela – BA, 2021.

COLLET, N; ROZENDO, C. A. **HUMANIZAÇÃO E TRABALHO NA ENFERMAGEM.** Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003.

COSTA. F.G. Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos da construção de informação. São Paulo/SP: Thomson, 2010.

DAMASCENO, F. P. C.; SILVA, L. G.; MENEZES, M. O.; SILVA, D. P. **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PERSPECTIVAS PARA ENFERMAGEM.** Ciências Biológicas e da Saúde | Aracaju | v. 2 | n.2 | p. 45-58 | out 2014.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência.** -- 2. ed. 2. ed. --São Paulo: Atlas, 1985.

FONTANA, R. T. **HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO.** **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 11, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 200-207 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil.

GALLO, A. M.; MELLO, H. C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Revista F@pciência**, Apucarana-PR, ISSN 1984-2333, v.5, n. 1, p. 1 – 11, 2009.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S.; MACHADO, W. C.C. **História da enfermagem: Versão e interpretações** - 2.ed. - Rio de Janeiro/RJ: Revinter, 2005.p. 5-35.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S.; MACHADO, W. C.C. **História da enfermagem: Versão e interpretações** – 4. Ed. - Rio de Janeiro/RJ: Thieme Revinter Publicações, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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, 2008.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários**. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 31-7.

HERMIDA, P. M. V. DESVELANDO A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004.

JORGE, V. C.; BARRETO, M. S.; FERRER, A. L. M.; SANTOS, A. Q. S.; RICKLI, H. C.; MARCON, S. S. **Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro**, 2005.

NETO, A. V. L.; NUNES, V. M. A.; FERNANDES, R. L.; BARBOSA, I. M. L.; CARVALHO, G. R. P. Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental [on line]**, v. 5, n. 4, p. 519-28, 2013.

LOPES, J.B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência**, 2009.

MARIA MONICA, A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2012.

MORAES-FILHO, I. M. M.; BAHIA, F. S.; OLIVEIRA, V. A.; SANTOS, D. F.; SILVA, R. M.; SANTOS, O. P. O papel do enfermeiro frente à implantação Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência. **Revista Vita et Sanitas, da Faculdade União Goyazes**, Trindade (GO), v.12, n.1, jan./jun. 2018.

MOURÃO, C. M. L.; ALBUQUERQUE, A. M. S.; SILVA, A. P. S.; OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul. /set.2009.

MOUR, M. A. A.; WATANABE, E. M. M.; SANTOS, A. T. R.; CYPRIANO, S. R.; MAIA, L. F. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. São Paulo: **Revista Recien**. 2014; 4(11):10-17

MORAES, T.D. **Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros**. Brasília, 2014.

NASCIMENTO, M.A. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade e implantação**. Brasília/DF. 2011.

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.**

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. **A humanização na assistência à saúde.** Rev Latino-am Enfermagem 2006.

PENA, Mileide Moraes, et al. Uma avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista Produção Online.** Vol. 010, n. 3, set. 2010.

PIROLO, M. A. M; FOCHI, M. A. B. **Pesquisa de opinião: O “ver” e o “fazer” do relações públicas.** INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXIV Congresso Brasileiro da Comunicação – Campo Grande /MS – setembro 2001.

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.

RADAELLI, C; COSTA, A. E. K; PISSAIA, L. F. **O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa.** Res., Soc. Dev. Brasil, v. 8, n. 6, 2019.

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, 2005.

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

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**. 8. ed. São Paulo/SP: Iátria, 2008.

SILVA, A.K.L.R. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Significado para a (o) enfermeira (o), 2012. Dissertação (pós graduação em enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA.

SILVA, L. G.; 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, D; LOPES, E. L.; JUNIOR, S. S. B. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Revista de Gestão e Secretariado-GeSec**, São Paulo, v. 5, n. 1, p 01-18,jan./abr. 2014.

SILVA, A. M. S. M.; INVENÇÃO, A. S. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 15,n. 39, abr./jun. 2018.

SILVA, L. A. S; DIAS, A. K.; GONÇALVES, J. C.; RODRIGUES PEREIRA, N.; PEREIRA, R.A. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Revista Extensão**, 2019, 3(1), p 01-92.

SOARES D. F. O processo de enfermagem e a qualidade no atendimento ao usuário. **Rev. bras. Enferm.** Brasília/DF, v. 63, n.1, 2010.

SOUSA, K. H. J. F.; DAMASCENO, C. K. C. S.; ALMEIDA, C. A. P. L.; MAGALHÃES, J. M.; FERREIRA, M. A. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019.

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, 2013.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

PESQUISA: ATENDIMENTO HUMANIZADO AOS PACIENTES NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ.

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 () radiologo ()
 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 iluminação)?

() 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?



ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Iranildo Lopes França, Enfermeiro, fiel depositário dos dados coletados da instituição Hospital Municipal de Itaituba, situada no Estado do Pará, declaro que o Acadêmico Ronilson Santos Melo, está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: Atendimento Humanizado aos pacientes atendidos no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba Pará, sob a responsabilidade do pesquisador Raimison Antonio de Abreu Santos, cujo objetivo geral é Verificar se existe atendimento humanizado para com os pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Além de descrever o perfil social dos participantes.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade do Estado do Pará – Campus XII - Tapajós, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Itaituba, ____ de _____ de 2023.

NOME (CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)



ANEXO B

CARTA DE ANUÊNCIA

Iamax Prado Custodio. Sr. Abel Huyapuam de Sá Almeida,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada Atendimento Humanizado aos pacientes atendidos no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, a ser realizada no Hospital Municipal de Itaituba, Pará, pelo Acadêmico Ronilson Santos Melo, sob orientação do Prof. Raimison Antonio de Abreu Santos, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Verificar se existe atendimento humanizado para com os pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), Estado do Pará. Além de descrever o perfil social dos participantes. Necessitando, portanto, ter acesso para realizar a pesquisa através de um questionário que será aplicado aos participantes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda, que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

A coleta dos dados será realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII – Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Itaituba- PA, ____de _____ de 2023.

Pesquisador (a) Responsável do Projeto

**() Concordamos com a
solicitação**

**() Não concordamos com a
solicitação**

Iamax Prado Custodio



ANEXO C

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Nós Ronilson Santos Melo e Raimison Antonio de Abreu Santos, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: Atendimento Humanizado aos pacientes no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba, Pará, da Faculdade de Itaituba, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nesta pesquisa realizada no setor de Urgência e Emergência, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 196/96 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito ao Atendimento Humanizado prestados no setor entre as datas de: janeiro de 2022 a março de 2023, na cidade de Itaituba- PA, em 23 de janeiro de 2023.

Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII – Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Nome	R.G.	Assinatura
<u>Ronilson Santos Melo</u>	<u>7275218</u>	_____
<u>Raimison Antonio de Abreu Santos</u>	<u>3605583</u>	_____

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada Atendimento Humanizado aos pacientes atendidos no setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba, proposta pela Faculdade de Itaituba. Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente os itens a seguir, os quais irão informá-lo e esclarecê-lo sobre os procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa.

1 – Verificar se há atendimento humanizado no setor de urgência e Emergência do Hospital Municipal de Itaituba, HMI.

2 – A relevância do tema contribui para aprimorar o conhecimento dos acadêmicos a prática de comunicação e atendimento humanizado.

3 – A pesquisa será aplicada aos participantes através de um questionário fechado com 10 perguntas de múltiplas escolhas.

4 – A pesquisa não gera nenhum risco a integridade física e mental dos participantes, as informações coletadas serão mantidas em total sigilo, em hipótese alguma será publicado ou mencionado a identidade pessoal dos participantes.

5 – A pesquisa não irá acarretar em nenhuns custos ou qualquer tipo de compensação financeira.

6 – Somente o pesquisador terá acesso aos dados obtidos, mantendo total sigilo e confidencialidade.

7 - Identificação do (a) voluntário (a) da pesquisa:

Nome: _____ Endereço: _____
Nº: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: () _____

Responsável Legal: _____ Endereço: _____
Nº: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____
Telefone: () _____

Essa pesquisa será enviada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus XII – Santarém. Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090.

Eu fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa. Em caso de desistência posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, durante a realização da mesma, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Local, _____ de _____ de 2023.

Voluntário

Pesquisador Responsável



ANEXO E

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO GERAL

Declaro que conheço e que:

Cumprirei os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Concordo em conduzir a pesquisa de acordo com o protocolo de pesquisa, com as Boas Práticas Clínicas, com as Boas Práticas de Laboratório.

Concordo em conduzir e supervisionar a pesquisa clínica pessoalmente.

Concordo em informar o patrocinador do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa.

Li e entendi a informação contida na Brochura do Investigador ou documento correspondente, incluindo os riscos potenciais e eventos adversos da droga em estudo.

Concordo em somente iniciar a pesquisa clínica após obter as aprovações necessárias ou cabíveis do Sistema CEP-CONEP.

Compromissos de Financiamento e Orçamentação

Declaro que conheço e que:

Não deve haver pagamento ao participante da pesquisa para sua participação, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência; e que se admite apenas o ressarcimento de despesas relacionadas à participação no estudo, por exemplo, despesas com transporte e alimentação.

Nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do paciente ou do agente pagador de sua assistência, devendo o patrocinador da pesquisa cobrir tais despesas.

O duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS).

O estabelecimento dos pagamentos de exame e/ou procedimento realizados em função da pesquisa, em caso de patrocinadores externos, deve ser feito em comum acordo entre o patrocinador e a instituição.

A Instituição deve ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

O pagamento do pesquisador nunca pode ser de tal monta que o induza a alterar a relação risco/benefício para os participantes da pesquisa.

A remuneração do pesquisador deve constar como item específico de despesa no orçamento da pesquisa.

Compromisso de Indenização

Declaro conhecer o fato de que esta pesquisa irá garantir a indenização dos participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa ou dela decorrente. E que jamais será exigido dos participantes da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Compromisso Metodológico

Declaro que conheço e que:

Toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. As pesquisas serão admissíveis quando o risco se justifique pelo benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. 1.a).

Se o projeto de pesquisa for inadequado do ponto de vista metodológico, ele é inútil e, portanto, eticamente inaceitável - o arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve também conter metodologia e lista de referência bibliográfica adequada, suficiente e atualizada. Declaro ainda que os critérios de inclusão e exclusão do estudo serão claramente delineados no projeto em tela.

Compromisso de documentação

Declaro que entregarei, ao sistema CEP/CONEP, relatórios da pesquisa (parciais – no mínimo semestrais – e de encerramento) e notificações de eventos adversos sérios e imprevistos no andamento do estudo.

É responsabilidade do pesquisador acompanhar todos os trâmites de seu projeto na Plataforma Brasil, independentemente de qualquer mensagem enviada pelo sistema.

Pesquisador responsável

Pesquisador responsável