

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

DENISE DA SILVA SCANEIRO SARDINHA

Práticas de Humanização Desenvolvidas nos Hospitais Estaduais do Norte do Paraná.
Acolhimento com Classificação de Risco em Pronto Socorro: Avaliação de Usuários e
Profissionais de Saúde

MARINGÁ-PR

2016

DENISE DA SILVA SCANEIRO SARDINHA

Práticas de Humanização Desenvolvidas nos Hospitais Estaduais do Norte do Paraná.
Acolhimento com Classificação de Risco em Pronto Socorro: Avaliação de Usuários e Profissionais de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Rozilda das Neves Alves

MARINGÁ-PR

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

Sardinha, Denise da Silva Scaneiro

S244p Práticas de humanização desenvolvidas nos hospitais estaduais Norte do Paraná/ Denise da Silva Scaneiro Sardinha . -- Maringá, 2016.
68 f. : il., color., figs.

Orientadora: Prof.a. Dr.a. Rosilda das Neves Alves.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, 2016.

1. Políticas públicas - Saúde. 2. Políticas públicas de saúde - Paraná 3. Humanização. 4. Acolhimento. I. Alves, Rosilda das Neves, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III. Título.

CDD 22. ED.362.1098162

JLM-001944

DENISE DA SILVA SCANEIRO SARIDINHA

Práticas de humanização desenvolvidas nos hospitais estaduais do Norte do Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

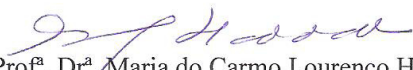
COMISSÃO JULGADORA



Prof.ª Dr.ª Rozilda das Neves Alves
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof.ª Dr.ª Lillian Denisé Mai
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Prof.ª Dr.ª Maria do Carmo Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Aprovada em: 11 de julho de 2016

Local de defesa: Bloco H-12, sala 014, *campus* da Universidade Estadual de Maringá

DENISE DA SILVA SCANEIRO SARDINHA

Práticas de Humanização Desenvolvidas nos Hospitais Estaduais do Norte do Paraná.
Acolhimento com Classificação de Risco em Pronto Socorro: Avaliação de Usuários e
Profissionais de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais, Centro de Ciências Humanas, Letras e artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Rozilda das Neves Alves
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof^ª Dr^ª. Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª Dr^ª. Maria do Carmo F. Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina

Maringá, 11 de julho de 2016.

Dedicatória

Ao meu marido e parceiro Wander Eduardo Sardinha, minha filha e amiga Natália Scaneiro Boy Sardinha, pelo incentivo, apoio e compreensão durante a trajetória da realização deste trabalho.

A meus pais, Manoel Santiago Scaneiro (in memoriam) e Dilva Garcia da Silva Scaneiro pelos exemplos dados, que serviram de alicerce na minha formação baseada na solidariedade, esforço e ética.

A todos os meus familiares, irmãos, primos, tios, sobrinhos, cunhados e sogro que me apoiaram e compreenderam minhas ausências em reuniões de família.

Agradecimentos

A Deus pela proteção pelas idas e vindas à Maringá, pela saúde e força.

À minha orientadora professora Dra. Sheila Regina de Carvalho Martins (*in memoriam*), apesar da sua ausência possui sua importância na orientação e construção deste trabalho.

Ao coordenador do programa professor Dr. Ednaldo Ribeiro, pelo apoio e empenho na reorganização da minha trajetória.

À professora Dra. Rozilda das Neves Alves pela acolhida, carinho e dedicação na reta final do meu trabalho.

Às professoras Dra. Lilian Denise Mai e Dra. Lúcia Cecília da Silva por aceitarem participar da minha banca do exame de qualificação, com compreensão e valiosas sugestões.

À professora Dra. Maria do Carmo F. L. Haddad pelo incentivo e exemplo de profissional ético, minha inspiração profissional e convidada da banca.

À professora Dra. Eleine Aparecida Penha Martins, pelo carinho e consideração do convite aceito como membro suplente da banca examinadora.

Aos professores do programa de pós-graduação, pelo respeito e contribuições para o meu crescimento profissional.

A todos os amigos do mestrado por terem compartilhado tanto dos bons momentos quanto os difíceis desta conquista, vocês foram fundamentais.

Aos companheiros de trabalho, em especial os supervisores Ivone Mendes, Wania Lavinia, Keyla Matsumoto, Silvio Martins, Júlio Cesar Tranin, Leila Casu e Leonel Nascimento pelo apoio e realização desse estudo.

Aos enfermeiros Sandro Casu e Maikon Santos pela recepção e ajuda em suas unidades.

Às docentes Larissa Gutierrez da Silva e Mariana Ângela Rossaneis pelas dicas e parcerias.

À amiga Gabriela Belchior pela força colaboração e por sempre me desejar o melhor.

Às amigas Mariana Tenani e Suziane Selzelin por participarem dessa trajetória com palavras valiosas nos momentos certos.

À direção geral e de enfermagem dos hospitais pesquisados, em especial ao diretor geral do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, onde trabalho, Dr. Walter Marcondes Filho por proporcionar condições para a realização deste estudo.

À Escola de Governo por proporcionar formação técnico científica para seus servidores na elaboração de políticas públicas através deste mestrado.

Aos usuários do SUS e às equipes de saúde que compartilharam suas vivências na intenção da melhoria do sistema de saúde.

SARDINHA, D. S. S. Práticas de Humanização Desenvolvidas nos Hospitais Estaduais do Norte do Paraná. Acolhimento com Classificação de Risco em Pronto Socorro: Avaliação de Usuários e Profissionais de Saúde. 72 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá.

RESUMO

A humanização tem um aspecto fundamental nas políticas públicas de saúde e serve como base em diversas práticas assistenciais hospitalares. O acolhimento com avaliação e classificação de risco trouxe alterações no processo de trabalho dos enfermeiros e técnicos em enfermagem, permitindo organizar o fluxo de atendimento de acordo com a gravidade dos casos. O estudo tem por objetivo compreender a percepção dos usuários e profissionais de enfermagem em relação ao Acolhimento com Classificação de Risco, embasadas pelas propostas da Política Nacional de Humanização. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvida nos três hospitais estaduais do Norte do Paraná, situados na cidade de Londrina-PR. Participaram da pesquisa: três enfermeiros, três técnicos de enfermagem e seis usuários de cada instituição, totalizando 36 entrevistas. Esta análise resultou na elaboração de quatro categorias: Prioridade para quem tem risco de vida; Paciente é bem atendido, mas o profissional não se identifica; Alguém que me ouça e Tempo de fazer uma humanização adequada. Os grupos entrevistados reconhecem a importância do acolhimento e da classificação de risco como um método de priorizar o atendimento aos pacientes que possuem um risco de morte ou dano maior. Os profissionais também reconhecem que este processo organiza o atendimento, amplia a resolutividade e influencia positivamente no canal de comunicação entre usuário e profissionais de saúde, proporcionando uma escuta qualificada e o atendimento mais humanizado. Com este estudo, foi possível evidenciar que o usuário reconhece a melhoria do seu atendimento nos prontos socorros com o acolhimento e classificação de risco, porém discorda quando tem que esperar após sua classificação de menor gravidade. Em contrapartida no depoimento dos profissionais de enfermagem ficou claro o descontentamento devido à alta demanda de usuários nos prontos socorros, a dificuldade de acomodação, falta de estrutura física acarretando prejuízo na qualidade do atendimento e assistência aos usuários. Espera-se contribuir com práticas para que os gestores e profissionais de saúde e usuários possam acompanhar e avaliar as ações que foram institucionalizadas e que estão em processo de implementação e assim realizar as adequações necessárias a fim de aprimorar a qualidade do atendimento dos hospitais públicos do estado do Paraná.

Palavras-chave: Humanização. Acolhimento. Classificação de Risco. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Humanization Practices Developed in Northern Paraná State Hospitals. Reception with Risk Classification in Emergency Room: Users and Health Workers Evaluation.

ABSTRACT

Humanization is a key issue in public health policies and serves as the basis of several hospital care practices. Reception with Risk Evaluation and Classification brought significant changes to the work process of the nurses, allowing them to organize the waiting line and prioritize the emergency cases. This study aims to know and understand the perceptions of the care activities provided to users of the three state hospitals located in the city of Londrina, north of Paraná state, based by the proposals of the National Humanization Policy, in the Reception with Risk Evaluation and Classification, based on the opinions of nurses, nursing technicians and users of SUS. This is a descriptive study with qualitative approach, whose study population will consist of nurses and nursing technicians and users. Were included in this research: three nurses, three nursing technicians and six users of each institution, totaling 36 interviews. This analysis resulted in the development of four categories: Priority for those with life-threatening; Patient is well attended, but the professional is not identified; Someone to listen and Time to make a proper humanization. The research groups recognize the importance of the reception and risk classification as a method of prioritizing care for patients who have a risk of death or major damage. With this study, we show that the users recognize the improvement of their care in emergency rooms with the reception and risk classification, but disagree when they have to wait after the classification. Otherwise, in the reporting of nursing workers, remains clear that they were not satisfied, due to high demand of users in emergency rooms, the difficulty of accommodation and lack of physical structure resulting loss in quality of care and assistance to users. This study is expected to contribute with practices for managers and health workers and users to oversee and evaluate the actions that have been institutionalized and are being implemented and thus make the necessary adjustments in order to improve the quality of public hospitals care of Paraná State.

Keywords: Humanization. Reception. Public health policies. Sistema Único de Saúde. Risk Evaluation and Classification

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Algoritmo de Cores – Protocolo de Manchester.....	35
Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa, Norte do Paraná, 2016	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento Com Classificação de Risco
ATS	<i>Australasian Triage Scale – ATS</i>
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
CTAS	<i>Canadian Triage Acuin Scale</i>
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
ESI	<i>Emergency Severity Index</i>
MTS	<i>Manchester TriageSystem</i>
MAT	<i>Model Andorra Del Triage</i>
MS	Ministério da Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PS	Pronto Socorro
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
SHE	Serviço Hospitalar de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Políticas Públicas.....	18
3.1.1 Políticas Públicas e Saúde	21
3.1.2 A Participação da Sociedade na Política Pública De Saúde.....	22
3.1.3 Formação e Processos Educacionais em Saúde.....	23
3.2 Política Nacional de Humanização (PNH).....	24
3.2.1 Implantação do Plano Nacional de Humanização	26
3.2.2 Importância da Integralidade no plano Nacional de Humanização.....	30
3.3 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco	31
3.3.1 Descrição de Protocolos Utilizados.....	34
4. MÉTODO	41
4.1 Natureza do Estudo.....	41
4.2 Local do Estudo	41
4.3 Participantes da Pesquisa.....	42
4.4 Coleta de Dados.....	43
4.5 Análise dos Dados	44
4.7 Aspectos Éticos	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	69
APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa para profissionais	69
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA USUÁRIOS	70
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
ANEXOS	73
ANEXO A – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa	73

1. INTRODUÇÃO

O panorama da saúde pública no Brasil aponta problemas centrais no atendimento que impactam na dificuldade de prestação de serviços em nível de excelência. A saúde pública, indubitavelmente, vivencia estado de caos, principalmente devido a insuficiência dos aportes financeiros para custeio da plataforma de atendimento, irregularidades no fluxo de financiamento, rigidez da forma centralizada do sistema, a falta de flexibilidade na gestão das unidades, baixa qualidade e resolutividade dos serviços ofertados e a insuficiente presença de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (PASCHE et al., 2006).

Começando pela assistência na atenção básica, avançando por toda a rede assistencial até chegar ao nível hospitalar, a alta demanda por atendimento e a escassez dos recursos disponíveis a saúde comprometem a qualidade do atendimento das prioridades e da assistência integral ao paciente (MACIAK, 2008).

Acredita-se que o modo de operar dos serviços de saúde tem produzido sofrimento e baixa qualidade de vida não só aos usuários, mas também aos profissionais da saúde. A reversão desse processo convoca ao desafio de se construir alianças éticas com compromisso, humanização e profissionalismo (CARVALHO, 2004).

A alta demanda nas portas dos serviços de urgência e emergência favorece para que ocorra um fluxo de atendimento desordenado dos usuários, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho dessas instituições de saúde.

As profundas desigualdades socioeconômicas, a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho e a pouca participação da gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários, incidem a necessidade de mudanças (BRASIL, 2008).

Estratégias que visem à garantia dos direitos dos usuários e à valorização dos trabalhadores na saúde por meio da gestão participativa nos serviços são questões importantes. E precisam ser consideradas com sua devida relevância quando se pensa em políticas públicas de saúde. Partindo desse pressuposto o Ministério da Saúde (MS) em 2003 propôs a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004a).

A PNH traz a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) destacando também os aspectos

subjetivos nelas presentes. A PNH caracteriza a humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores incluídos no processo de produção de saúde. Tem como objetivos principais as mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; compromisso com a ambiência; melhoria das condições de trabalho e de atendimento, com base nas necessidades dos cidadãos e a produção de saúde com qualidade (BRASIL, 2004a).

Simões et al., (2007) afirmam que a humanização da assistência em saúde implica em aprimorar os serviços para que sejam resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores envolvidos no processo de trabalho. Tais afirmações reforçam a relevância do PNH para mudanças necessárias no atendimento da saúde pública.

As diretrizes da PNH e suas orientações gerais se apresentam na inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde. Por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário. Os dispositivos são atualizações das diretrizes destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão, sempre que tais modelos estiverem em desacordo do que preconiza o SUS. Os dispositivos propostos pela PNH são: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), acolhimento com classificação de risco (ACCR), colegiado gestor, contrato de gestão, sistema de escuta qualificada, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST), projetos co-geridos de ambiência (BRASIL, 2008).

O ACCR consiste em proporcionar aos serviços de saúde em parceria com gestores e comunidade, maior qualidade e resolutividade nos processos de trabalho frente às necessidades e vulnerabilidades dos usuários. Colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006).

O processo de ACCR “pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada” (BRASIL, 2004a, p.16).

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender e admitir” (FERREIRA, 2010). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar

com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que se quer afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2009).

De acordo com Abbês (2004, p 11-12) no ACCR devemos:

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida. Neste funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

1. O ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
2. As formas de organização dos serviços de saúde;
3. O uso ou não de saberes e afetos para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes e afetos estão a favor da vida;
4. A humanização das relações em serviço;
5. A adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde;
6. A governabilidade das equipes locais;
7. Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.”

A classificação é efetuada pelo trabalhador de saúde que ouve a queixa do usuário e através da observação de seus sinais e sintomas, utiliza protocolos desenvolvidos nas instituições de saúde para guiarem de forma sistemática sua avaliação primária, garantindo acolher o usuário de forma imediata e com segurança. A gravidade, conforme recomenda o MS, deve ser demonstrada preferencialmente através das cores vermelho, amarelo, verde e azul.

Essa avaliação não exclui os usuários, e sim, estabelece o seu grau de gravidade e prioridade na intenção de organizar o fluxo de atendimento. São avaliadas as necessidades individuais de cada usuário e seu grau de sofrimento, não apenas levando em consideração sua ordem de chegada ao serviço.

Na trajetória da autora deste trabalho como enfermeira, em um hospital público estadual, participou de vários projetos estaduais e municipais que visavam à elaboração, planejamento, inserção e desenvolvimento de ações voltadas à Humanização da assistência ao

usuário do SUS, nos diferentes níveis de atenção. Esta prática proporcionou-lhe experiências e vivências relacionadas aos processos de humanização da assistência.

Assim, em 2009 participou ativamente dos processos de implantação do ACCR em um dos hospitais onde este estudo foi realizado. As unidades de atenção primária da área de abrangência do hospital onde ela trabalhava foram convidados a participarem da implantação deste processo. Fortalecemos a parceria com o Hospital Universitário da cidade de Londrina que já havia implantado o ACCR anteriormente. Outro fator que foi primordial para a implantação do ACCR foi a participação ativa de toda a equipe que atuava na instituição. Como resultado da utilização do ACCR, pode-se observar a melhoria significativa do atendimento ao usuário, desde a redução do tempo de espera por atendimento até mesmo melhorias internas no processo de trabalho.

No ano seguinte ocorreu ampliação do número de leitos passando de 56 para 130. Neste período foram contratados mais servidores com diferentes interpretações em relação aos conceitos dos processos de ACCR. Atuando como diretora de enfermagem, a autora teve o desafio de retomar o processo de acolhimento, principalmente em relação a nova demanda de atendimento que a instituição passou a ter.

Dentro das principais fragilidades encontradas, observou-se o descompasso entre o hospital e as unidades de atenção básica, o aumento dos conflitos entre os diferentes profissionais da equipe assistencial e a dificuldades de acesso ao atendimento por parte dos usuários.

Diante destes aspectos a autora foi instigada a procurar entender como ocorre o processo de ACCR nos diferentes hospitais públicos estaduais da cidade, levando em conta a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem como produtora do cuidado e também do usuário como receptor do cuidado prestado.

Acredita-se que esta investigação contribuirá com a gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, para fornecer uma visão geral das ações com foco na Humanização. Bem como entender as práticas do ACCR desenvolvidas nos hospitais públicos estaduais, fornecendo subsídios para a discussão desta importante política pública.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos usuários e profissionais de enfermagem em relação ao Acolhimento com Classificação de Risco, embasadas pelas propostas da Política Nacional de Humanização.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer, sob a ótica dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e usuários as ações institucionalizadas em três hospitais públicos do norte do estado do Paraná relacionadas a Política Nacional de Humanização no Acolhimento com Classificação de Risco.
- Identificar as facilidades e as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem para planejamento, execução e avaliação das ações de Humanização no acolhimento com classificação de risco, realizadas nos Hospitais em estudo.
- Identificar a opinião dos usuários em relação ao atendimento recebido durante o acolhimento inicial nos hospitais estudados.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas

O Estado tem papel fundamental na promoção do desenvolvimento do bem estar social, na ideia de promoção da justiça, na qual deva prevalecer a ética pertinente à vontade da maioria, baseando-se no desenvolvimento das políticas públicas. Políticas públicas são diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e a sociedade e; mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas “explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos” (TEIXEIRA, 2002, p. 23).

Necessariamente, assenta constituir como políticas públicas, em geral a atividade Estatal de elaboração, planejamento, execução e financiamento de atuações e serviços públicos tornados à consolidação do Estado Democrático de Direito e à solicitação e assistência dos direitos humanos (BELLONI et al., 2000).

Assim sendo a sociedade moderna passou a exigir dos governantes o entendimento profundo das causas sociais relevantes para o bom andamento da democracia. E que não vinham sendo postas em práticas nas ações governamentais da maioria dos gestores públicos, derivadas de políticos sem compromissos com a questão social (JANUZZI, 2011).

Segundo Rua (2009), uma Política Pública comumente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações, estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. E para Lopes (2008), cabe ao formulador de Políticas Públicas, observar, compreender e selecionar as diversas demandas e oferecer as respostas à sociedade.

No cenário brasileiro é esse pensamento comum, estabelecido historicamente, que norteia a ideia de inviabilidade, impotência e até de descrença em relação às políticas públicas de saúde, que se espera decompor na análise desta realidade social em que “[...] se implantam as políticas sociais como processos inscritos na sociedade burguesa” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 40).

Deste modo, as políticas públicas devem agir perante as lutas e considerar essas grandezas históricas, econômicas, políticas e culturais, como noções articuladas. O que

manifesta a importância de identificar alguns dos eixos estruturantes que concorreram para a formação da política de saúde pública (KOSIK, 2002).

Teixeira (2002) afirma que as políticas públicas quando elaboradas e implantadas traduzem em seus resultados, formas de exercício do poder político, que envolvem a distribuição e redistribuição de poder, a repartição de custos e benefícios sociais. O autor ainda acrescenta que elaborar uma política pública é definir quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem.

De acordo com Souza (2006) as políticas públicas têm sua essência ligada fortemente ao Estado que determina quando e como os recursos são utilizados para o benefício dos cidadãos. O tema das políticas públicas está relacionado às instituições que dão a última ordem, de como o dinheiro recolhido na forma de impostos deve ser acumulado e como deve ser investido. Finalizando com a prestação de conta pública do dinheiro gasto, em favor da sociedade.

E neste sentido Lopes Brenner et al. (2008) afirmam que:

[...] a função que o Estado desempenha em nossa sociedade sofreu inúmeras transformações ao passar do tempo. No século XVIII e XIX, seu principal objetivo era a segurança pública e a defesa externa em caso de ataque inimigo. Entretanto, com o aprofundamento e expansão da democracia, as responsabilidades do Estado se diversificaram. Atualmente é comum se afirmar que a função do Estado é promover o bem-estar da sociedade (p. 5).

Para Menicucci (2006) a elaboração de políticas públicas é um processo que se inicia a partir de um problema ou de um estado de coisas que requer intervenção governamental. No entanto é necessário que se torne um problema político originado de uma mobilização política para que a situação seja reconhecida como problema e entre na agenda governamental.

As políticas públicas devem agir perante as lutas por igualdade. O Estado tem papel fundamental na promoção do desenvolvimento do bem estar social, na ideia de promoção da justiça. Onde deve prevalecer a ética pertinente à vontade da maioria, baseando-se no desenvolvimento das políticas públicas. As políticas públicas podem ser formuladas por iniciativa dos poderes executivo, ou legislativo, a partir de demandas e propostas da sociedade, em seus diversos seguimentos (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

De acordo com Rua (1998) as políticas públicas compreendem o conjunto das decisões e ações catalogadas à alocação necessária de valores sociais. Toda política pública

envolve diversas determinações e ações estratégicas, enquanto a decisão política abarca uma escolha entre várias alternativas, expressando certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis.

Portanto, ainda que uma política pública sugira decisão política, nem toda determinação política chega a constituir uma política pública. No campo da análise de políticas públicas se institucionaliza com a definição das políticas como variáveis dependentes, e que as variáveis independentes na interpretação da produção das políticas passam a ser quase que unicamente, aquelas relacionadas ao poder. As políticas públicas abrangem, por conseguinte, atividade política. Derivam do processamento, pelo sistema político, dos *inputs* originários do meio ambiente e de *withinputs* (demandas originadas no interior do próprio sistema político). As demandas podem ser reivindicações de bens e serviços, de participação no sistema político, de controle da corrupção, de preservação ambiental e outros (RUA, 1998).

Nesta mesma posição, Celina Souza (2003) assegura que o interesse pela política pública é relativamente recente na pesquisa e nas últimas décadas iniciou-se pesquisas sobre esta temática, impulsionadas em parte pela constituição de grupos temáticos em algumas associações científicas.

De tal maneira nos países industrializados e nos em desenvolvimento, o crescimento da importância desse assunto resultou da combinação de alguns fatores que Celina Souza (2003) enumera como:

- Primeiramente foi à adoção de políticas restritivas de gasto, que passaram a conter a agenda da maioria dos países, em especial os em desenvolvimento. A partir dessas políticas, o desenho, a execução e a análise de políticas públicas, tanto as econômicas como as sociais, assim como a busca de novas formas de gestão, ganharam maior visibilidade.
- Segundo, é que novas concepções sobre o papel dos governos ganharam hegemonia e políticas keynesianas, que guiaram a política pública do pós-guerra, foram substituídas pela ênfase no ajuste fiscal.
- Terceiro, mais diretamente relacionado aos países em desenvolvimento e de democracia recente ou recém-democratizados, provém do fato de que a maioria desses países, em especial os da América Latina, não conseguiu equacionar, ainda que minimamente, a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população (p. 20).

Seu desenho e regras, assim como seus mecanismos de gestão, contribuem para o enfrentamento ou o agravamento dos problemas para os quais a política pública é dirigida.

Tonella (2006) atenta para esses problemas:

Esse novo processo de elaboração de políticas públicas, que pressupõe a interação entre os agentes governamentais e os agentes da sociedade civil, permite que as decisões sejam tomadas em amplas discussões e com transparência. No entanto, a existência formal dos conselhos não garante a sua efetividade, torna-se necessário o empenho constante dos órgãos públicos e dos representantes da sociedade civil para que ocorra o fortalecimento e a perenidade desses espaços (p. 26).

Assim sendo, essas formas de participação da sociedade civil externam formas de representatividade dos diversos setores sociais, mas ao mesmo tempo, essa representatividade evidencia características peculiares de cada membro ou de cada entidade que representa um interesse coletivo de um grupo determinado. Grupos esses que têm sua participação exercida por um representante que procura diminuir as barreiras impostas nas relações estabelecidas – representante e representado – gerando assim, uma via de mão dupla que vão lado a lado, à participação e a representação.

Cabe ao poder público acomodar as prioridades e organizar as Políticas Públicas imperiosas ao seu atendimento. De tal maneira, o Estado necessita desenvolver uma série de ações e atuar nas diversas áreas, tais como Saúde, Educação e Meio-ambiente.

3.1.1 Políticas Públicas e Saúde

A Constituição de 1988 foi um marco para as mudanças na área da saúde dos cidadãos. Estabeleceu-se a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e também apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado” a assistência médica-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços: estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde sob a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 2006). A criação do SUS acompanha avanços que favorecem novas questões, mas também há problemas que persistem, impondo a urgência, seja no aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

A análise por parte dos gestores das políticas públicas de saúde pauta-se em uma perspectiva que considera a importância de compreender a concepção de saúde construída pela sociedade brasileira. As políticas públicas de saúde encontram-se sujeitas aos

regulamentos definidos pelo ordenamento jurídico brasileiro e devem essencialmente ter como finalidade o interesse público para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sarreta (2009) ressalta e salienta sobre as experiências e as transformações produzidas pelo conhecimento humano, científico e tecnológico, saberes populares, experiências práticas exitosas, construídos a respeito da importância dos cuidados primários de saúde, da precaução e promoção da saúde.

A Lei também estabelece que o custeio do Sistema deva ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1990).

Arretche (2012) assegura que nas condições brasileiras, não é suficiente que a União se retire da cena para que, por efeito das novas prerrogativas fiscais e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir, de modo mais ou menos espontâneo, competências de gestão. Na mesma direção, a descentralização das políticas sociais não é simplesmente um subproduto da descentralização fiscal, nem das novas disposições constitucionais derivadas da Carta de 1988. Ao contrário, esta ocorreu nas políticas e nos estados em que a ação política deliberada operou de modo eficiente.

3.1.2 A Participação da Sociedade na Política Pública De Saúde

A argumentação de Rua (2009), de que a “sociedade é um conjunto de indivíduos, dotados de interesses e recursos diferenciados, que interagem continuamente a fim de satisfazer às suas necessidades” (p. 22), salienta a questão relevante presente nas políticas públicas.

A participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, em alguns casos, é assegurada na própria lei que as institui. No caso da Educação e da Saúde, a sociedade participa mediante os Conselhos em nível municipal, estadual e nacional. Quanto à participação da sociedade, a Lei da Transparência (LC nº 131, de 27 de maio de 2009) determina: incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos (BRASIL, 2009).

A necessidade de Conselhos Gestores, como estruturas que permitem a articulação entre sociedade civil e governo, representa um elemento novo na cena política municipal, que luta com heranças políticas e culturais arcaicas pautadas pelo tráfico de influências, mandonismo e assistencialismo. Não é possível, ainda, estabelecer um padrão único de comportamento para os conselhos, pois há um ritmo pendular que ora pende para o lado do cumprimento burocrático de prazos e exigências dos outros níveis de poder, ora para a luta efetivamente por implementação de políticas (TONELLA, 2006).

O risco de instrumentalização dos mecanismos participativos por governos municipais e estaduais está sempre presente. O diferencial concentra-se na existência ou não, de um projeto municipal de democratização das decisões (na existência ou não da participação na definição do orçamento e articulação entre as secretarias, a fim de produzir políticas públicas integradas).

A implantação dessas políticas nas unidades de saúde e a liberação ao pleno conhecimento e compartilhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, devem ser disponibilizadas ao acesso público. Assim, de acordo com esta Lei, todos os poderes públicos em todas as esferas e níveis da administração pública, estão obrigados a assegurar a participação popular. Esta, portanto, não é mais uma preferência política do gestor, mas uma obrigação do Estado e um direito da população.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais e municipais: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Estava então criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

3.1.3 Formação e Processos Educacionais em Saúde

Para que as novas diretrizes possam ser afirmadas através das mudanças políticas, a formação e processos educacionais em Saúde se tornam ferramentas necessárias para a efetivação.

Sarreta (2009) faz a seguinte observação:

[...] entre os limites observados na implementação desta Política, salienta-se a reprodução do modelo tradicional de formação, ou seja, do processo de aprendizagem, o que se refletiu na falta de participação ativa e crítica de diversos atores no Polo. Isso mostra que a aprendizagem significativa, ao ser introduzida pela problematização, não foi assimilada e compreendida pelos atores envolvidos (p. 231).

Desse modo, a prática da Política de Educação Permanente em Saúde nas cidades não pode passar despercebida, mesmo fazendo parte de um esforço desarticulado e pouco compartilhado. As características positivas da formação devem ser destacadas para afirmação das modificações no cotidiano da saúde. Embora que, um tanto insuficientes e muitas vezes ainda não efetivadas, as ações de educação devem estar conectadas aos serviços de saúde e a gestão do SUS.

Não se pode negar a existência de um reconhecimento universal da necessidade de reformulação na educação dos profissionais da saúde para uma formação Humanizada, na qual o aparelho formador é dirigido por projetos neoliberais e pelo mercado, e não pelas demandas sociais e de saúde (ANDRADE; BARRETO, 2002).

Desse modo, mudanças nas políticas educacionais em saúde ocasionam inúmeros desafios, entre os quais o de romper com estruturas e modelos de ensino tradicional, visando formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado em saúde.

Sob este aspecto de inserção como novas diretrizes de atuação, destaca-se ao poder público como gestor do SUS acomodar as prioridades e organizar as Políticas Públicas imperiosas ao seu atendimento necessárias às mudanças nas áreas de Saúde, Educação e Meio-ambiente (LOPES, 2008).

Desse modo, propõe-se que o PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos governos, como já faz do Plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto Pela Saúde.

3.2 Política Nacional de Humanização (PNH)

Nos dias atuais, longos discursos sobre humanização estão presentes, não somente na área da saúde, mas também na área da administração, no debate da economia e na

reorientação das práticas em diversos ramos do setor de serviços. No cenário de política da saúde pública, este discurso organiza-se em torno ora da política de defesa dos direitos de cidadania, ora de uma discussão que alcança a ética.

A humanização como conceito remete às bases filosóficas renascentistas do humanismo, explorando suas transformações e metamorfoses a nos impulsionar na sensibilidade humana como preconizadora do atendimento humanizado. Assumimos a posição não da continuidade histórica, mas da reatualização temática que tanto mantém como transforma a atenção, em busca de um patamar humanitário no atendimento à saúde pública.

Cândido (2004) cita em sua obra “Vários Escritos” em sentido conceitual que:

Humanização é o processo que confirma no homem aqueles traços que reputamos essenciais, como o exercício da reflexão, a aquisição do saber, a boa disposição para com o próximo, o afinamento das emoções, a capacidade de penetrar nos problemas da vida, o senso da beleza, a percepção da complexidade do mundo e dos seres, o cultivo do humor (p. 180.).

Considerando que a humanização se faz presente como um qualificativo positivo, destaca-se que essa premissa tem por base a necessidade de humanizar as relações, conquistando espaço e relações saudáveis.

A necessidade de humanizar a atenção à saúde é decorrente da observação de que, em algum momento, no desenvolvimento da prática clínica tradicional, a perspectiva da relação entre o agente da terapêutica e o paciente foi estruturada/orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados. Nesse sentido, a humanização apresenta-se como um desafio para uma crise de humanismo, contextualizada a uma sociedade moderna desumanizada.

Pessini e Bertachini (2004) ao refletirem sobre a humanização dos cuidados em saúde, afirmam que a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade. No argumento por eles desenvolvido, a exclusão, a violência e a iniquidade contribuem para um rebaixamento da solidariedade, da tolerância e da compaixão, com impacto nas instituições de saúde. Em sua definição, a humanização vem acompanhada da necessidade de ampliar o foco do cuidado, desconstruindo uma ação centrada simplesmente na sobrevivência. Para tanto, os profissionais de saúde e os clientes/pacientes devem estar situados como sujeitos de sua própria história, e os primeiros devem reconhecer seus pacientes também como indivíduos. Os autores defendem a ligação da humanização com a

"essência do ser", remetendo a uma historicidade do humano como condição para o reconhecimento do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade.

3.2.1 Implantação do Plano Nacional de Humanização

A PNH emerge sua perspectiva como uma proposta para novos modos de fazer, como um cuidar de si e do outro que prescinde da tutela e do moralismo, que problematiza os imperativos e questiona o lugar de detentor do saber a que os profissionais de saúde tão facilmente se ocupam. Da mesma forma, se propõe uma aposta na criação de sujeitos, de novos modos de estar no mundo, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum (BRASIL, 2011).

A PNH foi integrada à rede nacional de humanização, implantado no segundo semestre de 2001, no qual a rede nacional representa um instrumento fundamental para a consolidação do trabalho de humanização.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH concederá o título de "Hospital Humanizado", pelo prazo de um ano, aos hospitais cujo padrão de assistência e funcionamento global atue em conformidade com os indicadores de humanização e os princípios e diretrizes. As diretrizes da PNH são suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras (BRASIL, 2001).

As estratégias são construídas de mudanças nos modelos de atenção e de gestão, os dispositivos propostos pela PNH são: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e projetos cogерidos de ambiência. Deve-se considerar na implantação desses dispositivos a especificidade dos serviços, através da análise dos processos de trabalho.

A plataforma de formação da PNH, afinada com seus princípios, enseja a inseparabilidade entre os modos de formar, gerir e cuidar, no mesmo instante em que afirma a força das experiências concretas para a desestabilização de concepções consolidadas que

separam as noções de sujeito e objeto, clínica e política, individual e coletiva (MELLO; BOTTEGA, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Humanização:

Suas diretrizes são orientadas pelos seguintes princípios: a valorização dos diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) implicados no processo de produção de saúde, viabilização da participação dos trabalhadores no processo de gestão; o aumento do grau de corresponsabilidade e autonomia na produção de saúde e de sujeitos; a identificação das necessidades de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004a, p.12-13).

Buscou-se por meio da PNH pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. No sentido de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras. Que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

A estruturação do SUS nas bases da PNH, não é tarefa simples, pois ultrapassa um questionamento conceitual interno da área, restrito apenas aos seus técnicos e profissionais. Assim, para a sua consolidação, torna-se gradativamente insuficiente apenas o posicionamento crítico em relação ao conceito limitado da saúde ou em relação à forma de organização dos serviços. O novo panorama exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação de cuidados integral, como direito de cidadania.

A política de humanização deve ser trabalhada como um elemento de transversalidade para o SUS, a qual deve permear desde a recepção e acolhimento do usuário no sistema de saúde, até o planejamento e gestão das ações e estratégias (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009). Nesse prisma, no contexto hospitalar, é necessário entender que a humanização, além de estar voltada ao paciente internado e aos familiares, deve envolver a equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana, ética e solidária. A humanização em saúde seria, na verdade, um processo contínuo, de eterna construção em defesa da vida, onde em cada momento da história ter-se-ia algo a ser adaptado e aprimorado. Ao mesmo tempo seria a criação de espaços para a fomentação dos laços de cidadania.

Ao delinear o conceito de humanização, Fortes (2004) refere-se como possibilidade de uma modificação cultural da gestão e das práticas elaboradas nas instituições de saúde, com a finalidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro. Acolher o desconhecido, respeitar o usuário como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

Simões et.al. (2007) afirmam que a humanização da assistência em saúde implica em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores envolvidos no processo de trabalho.

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005) afirmam que um serviço de saúde humanizado é aquele que contempla em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nela trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade.

Santos Filho (2007) simplifica as vertentes da Política de Humanização, ao pontuar dois campos: da gestão e atenção. Pelo campo da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das "linhas de mando". No sentido de valorizar a participação dos atores, o trabalho em equipe, a comunicação lateral entre todos e democratização dos processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. O campo da atenção tem como direção central: a acessibilidade e integralidade da assistência. Permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, capaz de melhor lidar com as necessidades dos indivíduos.

Guedes, Pitombo e Barros (2009) afirmam que os princípios, as diretrizes e as metodologias da PNH corroboram e prestam suporte para que os coletivos modifiquem seus processos de trabalho. Tornando-os mais democráticos e inventivos, ampliando a capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde, no sentido de reconhecer e atribuir valor social, valor de uso, de bem comum, às ações dos trabalhadores da saúde. Destarte, contribui tanto para a implantação de processos de mudança, quanto para sua sustentabilidade.

Mediante tais bases, a humanização, no contexto da relação profissional de saúde e usuário ou comunidade com a unidade é caracterizada pelo bom atendimento ao paciente. Em outras palavras, que o tratamento seja conduzido de modo afetuoso, de modo que os

usuários valorizem claramente o vínculo afetivo que se estabelece entre eles e os profissionais quando definem os sentidos da humanização.

Sob este enfoque é que para Barros; Queiroz e Mello (2010) a humanização pode tornar-se viável nos serviços de saúde. E pressupõe transcender a usual produção de saúde voltada apenas para a cura plena, de forma a direcionar a operacionalização de práticas que visam à satisfação do usuário. Através de um atendimento de qualidade, acolhimento integral, permitindo a “escuta” das dificuldades dos pacientes e sua resolubilidade, ou seja, praticando o cuidado integral.

À vista disso, Fortes (2004) refere que a política de humanização enfoca como prática humanizada tratar as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas consequências. Como as filas de espera, a necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o incentivo a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos de referência e contra referência.

Mesmo diante dos inúmeros obstáculos que se apresentam para assistência à saúde no país, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, o conceito de humanização tem ocupado lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil objetivando alcançar maior integralidade, efetividade e acesso (GOULART; CHIARI, 2010).

Afirmam Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) que a implantação da humanização nos serviços de saúde deve ser incentivada, visto que esse processo propicia melhorias das práticas de cuidar, na responsabilidade de promover cuidado comprometido com a ética, o diálogo e a autonomia do paciente e de sua família. Sempre assegurando maior participação da família no cuidado ao paciente e que a equipe possa ser solidária no desenvolvimento dos cuidados, respeitando a individualidade do paciente e de cada familiar.

Corroborando com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a elevação da saúde como uma estratégia transversal, multi e interdisciplinar, de forma a possibilitar ao sujeito a autonomia para a tomada de decisão. A qual não se deve limitar a questões relativas à prevenção, tratamento e cura de doenças (SILVA; ARAUJO, 2007).

3.2.2 Importância da Integralidade no plano Nacional de Humanização

Essa plataforma promocional da saúde tem-se apresentado comprometida com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são voltados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e participação social.

Igualmente, a integralidade implica na sinergia e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, com ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários. De tal modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento e dos sintomas para o acolhimento da história, das condições de vida e das necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2010).

Sob este enfoque Cunha e Magajewski (2012) reforçam que essa política fundamenta-se em um conceito ampliado de saúde resultante das condições concretas de vida dos indivíduos e coletividades. Além disso, encontra-se baseada em princípios como da universalidade do acesso, equidade da atenção e a integralidade agregados à participação da população, visto que essa política instituiu uma ampla participação social, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres.

Com isso, julga-se necessário um conjunto de intervenções que busque a integração entre os diferentes profissionais do setor, onde a produção de serviço de saúde atue em rede de forma sistêmica, possibilitando o exercício de um trabalho mais integrador e articulado, para assim ampliar a atenção prestada, ou seja, o indivíduo ser visto de forma integral na prática rotineira dos serviços de saúde.

Entretanto, entende-se hoje que a qualificação do SUS está diretamente ligada à humanização do mesmo, ou seja, é imprescindível que se transforme o modelo de gestão. E, por consequência, transforme as relações no interior dos hospitais, considerando também a formação de um ambiente físico. Para que melhor atenda aos usuários e profissionais, tanto no âmbito emocional, onde se busca o bem-estar, quanto no estrutural, onde se têm técnicas e tecnologias que possam melhor suprir as demandas (DIAS FILHO et al., 2010).

Tais aspectos compõem ações da PNH que devem permanecer e estarem continuamente em processo de avaliação com a finalidade de garantir resultados positivos. Por outro lado, questões relevantes dessa plataforma que devam permear a prática dos profissionais, não de ser estruturadas. Como medidas de valorização do trabalhador, tal como,

trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar, o que implica a importância de conhecer a amplitude da política também em prol de benefícios ao próprio profissional (BRASIL, 2013).

Afora essas concepções, o conhecimento científico e a responsabilidade juntam-se a esse contexto como ferramentas básicas dos profissionais para a prática da humanização, de modo que se humanize com ações fundamentadas em estudos científicos e não, necessariamente, com demonstrações afetivas. Dessa forma, o saber dos promotores do cuidado é primordial para uma assistência humanizada, pois ao aplicar o conhecimento científico, a possibilidade de obter benefícios é significativa, o que repercute na saúde como um todo.

Acrescenta-se, ainda, a importância de ser debatido com os profissionais o tema lançado pelo Governo Federal por meio do Ministério da Saúde, relacionadas ao contexto vivenciado pelos profissionais. De modo especial, detalhar a Política Nacional de Humanização, pois a mesma foi criada, entre outras razões, para nortear as ações dos diferentes atores do serviço de saúde. E assim, saber o que a PNH evidencia, viabiliza a autonomia e protagonismo dos profissionais (SANTOS FILHO, 2007).

Em respeito às premissas estabelecidas na PNH, existem uma série de fatores a serem observados para que se alcance esse ambiente Humanizado e Integral. A PNH deve estar presente no decorrer das ações de cuidados desenvolvidas, mediante o acolhimento e atenção ao bem-estar do paciente. Apreende-se que ocorre um cuidado integral ao usuário, de forma que o indivíduo seja visto como um todo e o acolhimento aos pais/familiares sejam permeados pela comunicação. No sentido de realizar orientações, responder questionamentos e contribuir na formação do vínculo com o ente familiar.

3.3 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de receber, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica em prestar atendimento resolutivo e com responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência,

estabelecendo articulações com esses estabelecimentos para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004a).

Em 2004, a PNH (HUMANIZA-SUS), foi instituída pelo MS, com o propósito de contribuir para a associação entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão. Visando provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde (BRASIL, 2004a).

Mafra (2005) afirma que alguma forma de triagem sempre foi feita em serviços de urgência e emergência em nosso meio, seguindo, no entanto, a lógica da exclusão. Triagem significa escolha, seleção, ato de dividir e separar enquanto que classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação.

Em 2003, com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Humaniza SUS, o acolhimento ganha o discurso oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, a avaliação e classificação de risco, associada ao acolhimento tem por finalidade identificar pacientes que necessitam de atendimento imediato de acordo com o potencial de risco. A partir de um atendimento de usuário-centrado, evitando dessa forma a prática de exclusão. Sendo assim, a primeira experiência concreta sobre acolhimento com humanização ocorreu no Hospital Mario Gatti em Campinas em 2001. Antes disso outras instituições utilizaram experiências de outros países, mas não avançaram (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

De acordo com a Portaria GM/MS 2048/2002 foi indicada a implantação do atendimento de urgência com acolhimento e avaliação e classificação de risco. Este processo deve:

[...] ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2003 b, p. 32).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco permite refletir para mudar os modos de operar a assistência. Pois, leva a questionar as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2009b).

Mitre, Andrade e Costa (2012) recomenda o protagonismo de todos os indivíduos envolvidos no processo de produção de saúde e na reorganização dos serviços a partir da

problematização dos processos de trabalho. Além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas.

Essa prática ampliada de discussão escuta e decisões coletivas propicia que a Atenção Primária em Saúde cresça em relevância para a reorientação do modelo assistencial.

Para Rebello, Koopmans e Romano (2012) estudar o acolhimento remete a reflexões a respeito do processo de trabalho da equipe multiprofissional na troca de saberes, distribuição do poder, compromisso, responsabilização e vínculo com a comunidade em determinado território.

Benevides e Passos (2005) referem que este tema mostra uma análise crítica-reflexiva da produção bibliográfica do Brasil, dos últimos vinte anos, acerca do acolhimento e de suas implicações. A sugestão de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que se denomina de eixo vermelho. Sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde, e, o do paciente visivelmente não grave, mas que carece ou busca o atendimento de urgência, que se relaciona com o eixo azul.

Este processo foi avaliado e aprovado pelos técnicos do Ministério da Saúde do Brasil, e se tornou a Cartilha de Acolhimento com avaliação e classificação de risco em 2004 da PNH, sendo disponibilizado para todo o país. Após a implantação em Campinas-SP, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre - RS e Hospital Ernesto Ramalho de João Pessoa na Paraíba-PB, foram pioneiros na utilização da ferramenta em suas realidades.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (2007) em 2005, no estado de Minas Gerais, com a assessoria do QualiSUS - Rede do Ministério da Saúde, (programa que viabilizava a qualidade da assistência do SUS) e com discussões acadêmicas locais, o Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte - MG, implantou o protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, baseando-se na experiência do Hospital Mario Gatti de Campinas, no protocolo canadense, no australiano e no ATLS - *Advanced Trauma Life Support*.

O mesmo grupo reconhece também que o Acolhimento com Classificação de Risco agora se espalha por todo o país, não apenas organizando as portas de entrada de Urgências e Emergências, mas também induzindo organizações de serviços intra-hospitalares

e formação de Redes de Atenção à Saúde, demonstrando ser uma potente ferramenta para humanização da atenção e da gestão na construção de um SUS com qualidade de atendimento.

Para Cecílio e Merhy (2003) o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede. Pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como atores do seu processo de trabalho. Salientam que com uma postura ética, a implementação do acolhimento, extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

Corroborando com a prática do acolhimento Ramos e Lima (2003) afirmam que a avaliação de risco, não deve ser considerada prerrogativa exclusiva do profissional da saúde, pois o usuário e sua rede social devem também ser considerados no processo.

Enfim, a utilização do acolhimento com avaliação e classificação de risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado com a divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado. Àqueles que ainda resistem, o processo de escuta deve ser exercitado utilizando-se a própria tecnologia para tanto. Levando sempre em consideração que uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

3.3.1 Descrição de Protocolos Utilizados

Nesse sentido Shiroma e Pires (2011) ressaltam que o acolhimento com classificação de risco nos serviços e emergência visa aglomerar características de valorização do ser humano com qualificação da assistência. A classificação de risco baseia-se em protocolos internacionais como o de *Manchester* que objetiva constituir padrões para o atendimento nas emergências, portanto modifica os modelos tradicionais de triagem.

Atualmente, em destaque existem cinco protocolos internacionais de classificação de risco, que são reconhecidos e legitimados como os mais avançados e que utilizam cinco níveis de gravidade, partindo de evidências científicas. Consideram-se como sistemas

estruturados de recepção, acolhimento e classificação de risco internacionalmente reconhecidos os seguintes:

- **Modelo Australiano** (*Australasian Triage Scale* - **ATS**), que foi o pioneiro e usa tempos de espera de acordo com gravidade. É uma escala para avaliação clínica projetada para uso em serviços hospitalares de urgência. Primariamente, é uma ferramenta para assegurar que os pacientes sejam atendidos em tempo hábil, compatível com sua urgência clínica. Ela é também uma medida que admite múltiplas causas para identificação do grau de risco, e relaciona o grau de risco com uma série de medidas de resultados (tempo de internação, necessidade de leito de UTI e taxa de mortalidade) e de necessidades de recursos (tempo de dedicação da equipe e custo). O ATS fornece oportunidades para a análise de um número de parâmetros de desempenho na emergência (eficiência e eficácia operacionais) (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2012);
- **Modelo Canadense** (*Canadian Triage and Acuity Scale* – **CTAS**), muito semelhante ao Modelo Australiano, sendo mais complexo e parte de uma situação pré-definida como mecanismo de entrada (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2012);
- **Modelo de Manchester** (*Manchester Triage System* - **MTS**), que trabalha com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor. Parte-se de uma queixa do paciente como mecanismo de entrada (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2012);
- **Modelo Americano** (*Emergency Severity Index* - **ESI**) - Trabalha com um único algoritmo que foca na necessidade de recursos previstos para o atendimento. O ESI é uma ferramenta que permite classificar a intensidade de gravidade, que vai de 7 um nível menos urgente até o mais urgente, em uma escala de 5 a 1, respectivamente. O ESI é o único protocolo dentre

os aqui apresentados que avalia minuciosamente as necessidades de recursos na categorização de risco dos pacientes (GILBOY; et al., 2012);

- **Modelo de Andorra (*Model Andorra Del Triage – MAT*)** - Baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e leva em torno de oito minutos, o que pode ser considerado demorado.

Tolife (2012) cita que o protocolo de *Manchester*, assim como os demais protocolos internacionais validados, possui cinco níveis de gravidade, associados a tempos de espera e simbolizados por cores conforme (quadro1):

Percebe-se que o grau de risco é vinculado à intensidade das cores: baixa gravidade é representada por cores frias, como azul e verde; alta gravidade é representada por cores quentes: amarelo, laranja e vermelho.

Quadro1 - Algoritmo de Cores – Protocolo de *Manchester*.

COR	SITUAÇÃO
VERMELHO	EMERGENTE
LARANJA	MUITO URGENTE
AMARELO	URGENTE
VERDE	POUCO URGENTE
AZUL	NÃO URGENTE

Fonte: LÜCKE, 2012.

Para operacionalizar a proposta de acolhimento com avaliação e classificação de risco, foi sugerido pelo Ministério da Saúde um fluxograma de atendimento para os setores de emergências adaptado do Protocolo de *Manchester*. O modelo de Manchester foi o mais propagado pelos hospitais brasileiros, sendo que cada hospital tem a possibilidade de adaptar o modelo de acordo com sua realidade, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Os hospitais que optaram por utilizar os protocolos baseados como referência a Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da PNH/MS, utilizam quatro cores (vermelho, amarelo, verde e azul).

Após o usuário ser atendido na classificação de risco, é encaminhado para o atendimento médico, de acordo com a gravidade, seguindo as cores do protocolo.

A classificação de risco se dá nos seguintes níveis nas portas de entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a):

VERMELHO - prioridade zero: emergência, necessidade de atendimento imediato;

AMARELO - prioridade 1: urgência, atendimento o mais rápido possível;

VERDE- prioridade 2: prioridade não urgente;

AZUL - prioridade 3: consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Desta forma, aos usuários com doenças mais graves é atribuída a cor vermelha, que corresponde a um atendimento imediato (ou tempo zero). Os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos. Os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de até sessenta minutos. Os pacientes de cor verde são pouco urgentes e podem aguardar até cento e vinte minutos para serem atendidos. Os doentes que recebem a cor azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas, respectivamente, após atendimento de pacientes mais graves (BRASIL, 2004a).

A construção de um protocolo de cada um desses eixos possui diferentes áreas, de combinação com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem. Sendo que essa identificação também determina a composição espacial por acessos diferentes. Levando em consideração que o acolhimento apresenta como ferramenta a realização com classificação de risco, cujo foco principal é provocar inovações no atendimento humanizado com um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência. A meta do Ministério da Saúde é a de avaliar a qualidade na assistência, a participação agregada dos gestores, profissionais de saúde e usuários que buscam por esses serviços (CARVALHO et al., 2008).

A avaliação de risco e vulnerabilidade pressupõe a determinação que não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Isto implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais

visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Mais um fator importante deve ser ressaltado sobre as políticas de acolhimento com classificação de risco é que as mesmas visam desenvolver um serviço de triagem pelo grau de necessidade do paciente. No qual os mais graves serão atendidos prioritariamente, propiciando maior agilidade no atendimento, além de reduzir riscos para a saúde dos pacientes que procuram os serviços médicos (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

De acordo com Cecílio e Merhy (2003) o enfermeiro ainda é o profissional mais indicado para a realização da triagem com classificação de risco. Pois oferece qualidades técnicas, generalistas que consente a facilidade dos procedimentos que promovem o atendimento rápido por prioridades de risco. Tornando fáceis as metodologias e aperfeiçoando a qualidade dos atendimentos, além de diminuir agravos para os pacientes.

Na construção integrada da política de saúde, vinculam-se outros fatores como: condições estruturais dos serviços, equipes de saúde capacitada, políticas adequadas de referência e contra referência que garantam a continuidade do atendimento, bem como gestores competentes e responsáveis. Resumindo são muitas as particularidades necessárias para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais organizado (SHIROMA; PIRES, 2011).

Deste modo, entende-se que os serviços de urgência e emergência são a porta de entrada da construção de estratégias. E de mobilização de um grande número de usuários que muitas vezes a identificam como uma forma de resolução rápida de seus problemas (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

Assim, na percepção de Santos et al. (2003), o acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, promover o envolvimento de outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde. Construir métodos que identifiquem onde está o problema, é um problema da gestão, do gerenciamento e da fiscalização dos serviços de saúde.

Guimarães e Oliveira (2013) propõe ampliar a capacitação técnica dos profissionais dos serviços com maior empenho dos gestores em saúde. Para que se tenha um sistema público mais organizado, de uma rede assistencial mais organizada que afiance a continuidade de assistência em outros serviços de saúde. No entanto verifica-se que todo esse processo ainda é recente para o entendimento da sociedade, o que gera muitos problemas nos serviços que atuam diretamente na área de urgência.

Benevides e Passos (2005) destacam que a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais no qual é dividida a rede assistencial, dificulta e prejudica a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência de interação com as equipes. Causando despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

De acordo com Campos (2007) o sistema público de saúde é burocratizado e verticalizado com baixo investimento na qualificação dos trabalhadores. Especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe com poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

Para Santos et al. (2003) faz-se necessário atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência prestada aos diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais de modo impessoal e por ordem de chegada.

Embora haja um processo de acolhimento e classificação nas instituições hospitalares, Lücke (2012) cita que este é realizado a partir de critérios definidos por cada um dos enfermeiros que acolhem os pacientes, pois não há um protocolo institucionalizado. Assim sendo, dentre os protocolos de classificação de risco de vida validados internacionalmente, é necessário identificar o que melhor se aplica às condições reais vivenciadas no local, com vistas à implantação do mesmo.

Rossaneis et al. (2011) em seu estudo observaram que houve melhora no atendimento no pronto socorro após a implantação do sistema de acolhimento com avaliação e classificação de risco. Principalmente o fluxo de atendimento dos pacientes graves que são atendidos precocemente com maior resolutividade. Portanto, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização do processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência.

Seguindo a mesma linha de pensamento Ulbrich et al., (2010) destacam que são indispensáveis e necessários investimentos para qualificar a atenção básica e ampliá-la. A fim de transformá-la em uma estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde para que os usuários possam ser atendidos com resolutividade e humanização nas UBS, evitando a superlotação dos prontos socorros. E sugerem a realização de pesquisas que avaliem a satisfação dos usuários e profissionais com o novo fluxograma do pronto socorro além do estabelecimento de indicadores que possam mensurar a efetividade do acolhimento com avaliação e classificação de risco.

No estudo feito por Godoy (2010) o acolhimento com classificação de risco foi percebido pelos enfermeiros como uma prática que trouxe muitos resultados positivos para a ordenação da demanda no serviço de urgência estudado. Contudo o autor refere que é necessária a sensibilização, por parte dos gestores, para a discussão das dificuldades cotidianas. Relata que é importante que a instituição torne esta prática um projeto institucional, em que a participação da equipe médica deve ser discutida e a contra referência deve ser adotada de maneira concreta e efetiva, pactuada com os gestores dos serviços de saúde do município. Todas estas questões precisam, também, ser discutidas e pactuadas com os usuários.

Feijó (2010) concluiu que com os achados de seu estudo, a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco contribuiu para a identificação dos casos mais graves e na organização da demanda. Destacou, contudo, que a adequação da demanda depende também da organização do sistema de saúde local como um todo. As unidades básicas de saúde e os hospitais de média complexidade tem que funcionar de forma integrada. Com base nestas informações, outros serviços de emergência podem ser motivados a incorporar esta tecnologia de trabalho e de gestão.

4. MÉTODO

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, visando à análise da percepção dos atores envolvidos – usuários, enfermeiros e técnicos de enfermagem – sobre ações assistenciais prestadas aos usuários do Sistema Único de Saúde após a proposta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, sendo que estes não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais públicos de nível secundário (Hospital A e Hospital B) e em um hospital público terciário (Hospital C) no norte do estado do Paraná, que realizam atendimento à saúde, por meio do pronto socorro e utilizam as diretrizes preconizadas pela PNH em relação ao acolhimento.

Vale ressaltar que o Hospital A, localiza-se na região mais populosa de Londrina, gerando um volume maior da procura espontânea em seu pronto socorro.

O Hospital A possui capacidade de internação de 130 leitos, exclusivos para atendimento ao SUS. Unidades de internação clínica, pediátrica e cirúrgica contam com 100 leitos e a unidade de pronto socorro com 30 leitos. É referência para atendimento de traumas ortopédicos de média complexidade e acidentes de Material Biológico da 17ª Regional de Saúde. Possui centro cirúrgico com cinco salas operatórias, destinadas a cirurgias eletivas e de urgência de pequeno e médio porte. Atende uma média mensal de 5.800 pacientes no pronto socorro e média de 560 internações mensais. Implantou o processo de ACCR em 2009.

O Hospital B possui capacidade de internação de 130 leitos, exclusivos para atendimento ao SUS. Unidades de internação clínica, pediátrica e cirúrgica contam com 100 leitos e a unidade de pronto socorro com 30 leitos. É referência para atendimento de pacientes

psiquiátricos, cirurgias eletivas de ginecologia de pequeno e médio porte. Possui centro cirúrgico com cinco salas operatórias, destinadas a cirurgias eletivas e de urgência de pequeno e médio porte. Atende uma média mensal de 3.162 pacientes no pronto socorro e média de 600 internações mensais. Implantou o processo de ACCR desde 2007.

O Hospital C é uma instituição de ensino universitário, terciária, de grande porte, com capacidade de internação de 313 leitos, sendo 45 leitos destinados a unidade de pronto socorro. Possui centro cirúrgico com sete salas operatórias. É referência para atendimentos de alta complexidade em múltiplas especialidades. Atende uma média mensal de 2546 pacientes no pronto socorro e média de 907 internações mensais. Iniciou o processo de ACCR em 2007.

4.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram constituídos por dois grupos:

1. Usuários adultos que foram recém-atendidos no ambiente do acolhimento com classificação de risco do serviço de urgência e emergência de cada instituição;
2. Profissionais de enfermagem: enfermeiros e técnicos de enfermagem que exercem suas funções no setor de pronto socorro, na sala de acolhimento sendo todos servidores públicos estaduais.

Participaram da pesquisa: três enfermeiros, três técnicos de enfermagem e seis usuários de cada instituição, totalizando dezoito profissionais de enfermagem e 18 usuários do SUS.

Como critério de inclusão estabeleceu-se: ser profissional da equipe de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, prestar serviços no mínimo por três anos nas instituições estudadas, estar em atividade nas instituições no período da pesquisa, trabalhar na unidade de pronto socorro e aceitar fazer parte da pesquisa. Os critérios para a seleção dos usuários incluíram ter passado pelo processo de acolhimento, ser maior de 18 anos e aceitar participar da pesquisa.

Os participantes foram selecionados através de técnicas não probabilísticas por seleção intencional, onde os participantes são selecionados por representarem as características relevantes da população em estudo. Os profissionais foram abordados de

forma aleatória e estavam no cumprimento de suas escalas de rotina , durante os turnos diurno e noturno de trabalho. Após analisar os dados desta amostra observou-se saturação do conteúdo das respostas.

Nos estudos qualitativos, a questão “quantos?” nos parece de importância relativamente secundária em relação à questão “quem?”, embora, na prática, representem estratégias inseparáveis. Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desse elementos e na qualidade das informações obtidas deles (FONTANELLA,2008).

4. 4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora por meio de um instrumento semi-estruturado com questões abertas e fechadas, sobre as práticas de ACCR nos hospitais em estudo, no período de outubro a novembro de 2015. Os questionários foram preenchidos pelos próprios entrevistados. Instrumentos semi-estruturados permitem que o pesquisador coloque as questões de seu interesse e favorece respostas espontâneas do entrevistado. Caso haja a necessidade, o pesquisador pode acrescentar uma questão não prevista, dependendo das respostas dos respondentes (OLIVEIRA, 2008).

A qualidade das entrevistas depende muito do planejamento feito pelo entrevistador. A arte do entrevistador consiste em criar uma situação onde as respostas do informante sejam fidedignas e válidas (SELLTIZ, 1987).

Os instrumentos de pesquisa com os profissionais (Apêndice A) e usuários (Apêndice B) foram elaborados em duas partes. A primeira parte constam informações de caracterização e a segunda, informações referentes à opinião dos participantes em relação aos processos de ACCR.

Os participantes de pesquisa foram abordados no pronto-socorro dos hospitais em estudo e a coleta de dados teve início após os objetivos da pesquisa serem expostos. Frente ao aceite, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Os profissionais de enfermagem foram abordados em seus respectivos turnos de trabalho de forma aleatória na própria unidade de urgência e emergência e sala do ACCR. A abordagem com os usuários ocorreu de forma aleatória e casual, porém, levando em consideração já ter passado pelo acolhimento com classificação de risco.

4.5 Análise dos Dados

Após as entrevistas, realizou-se a transcrição na íntegra, retirando os vícios de linguagem, possibilitando uma leitura contínua das experiências dos participantes envolvidos.

As instituições e os entrevistados foram identificados de acordo com os exemplos a seguir: Técnicos de enfermagem (T), Enfermeiros (E) e Usuários (U) foram representados pela primeira letra. As instituições foram identificadas por meio de letras (A, B e C). Os participantes foram numerados em algarismos arábicos.

Para a análise dos dados, foi utilizada a sequência proposta por Martins e Bicudo (2005), composta por dois momentos, dentro do modo fenomenológico, o qual procura a compreensão do fenômeno. O primeiro é a análise ideográfica, referente à inteligibilidade dos significados presentes, que se articulam em suas inter-relações e em sua unidade estrutural. No segundo momento, a análise nomotética, relacionada à construção dos resultados, à compreensão e à elucidação do fenômeno estudado.

No primeiro momento, foram feitas várias leituras flutuantes para se familiarizar com a linguagem dos participantes da pesquisa. Em seguida, foram destacadas através de grifo as frases ou palavras que identificavam as unidades de significado que respondiam aos objetivos propostos nesta pesquisa. Na sequência, estas unidades de significado foram interpretadas e agrupadas quando apresentavam semelhanças. Desta forma, conclui-se a análise individual ou ideográfica.

Para a concretização da análise geral, foi feita a aproximação de todas as unidades de significado interpretadas dos participantes da pesquisa. Nesse momento, foram analisadas não mais na sua individualidade, mas como parte do todo.

4.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa teve o aceite das direções das instituições pesquisadas e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP-UEM - CAAE: 50140515.8.0000.0104). Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Assim que o trabalho for concluído, será entregue as instituições os resultados obtidos com a pesquisa e propostas de melhoria no processo de acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da pesquisa 36 indivíduos, distribuídos em usuários, profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros. A caracterização dos sujeitos que participaram da pesquisa pode ser observada no quadro 2.

Quadro 2 – Perfil dos participantes quanto à idade e tempo de atuação nos três Hospitais do Norte do Paraná, 2016.

Característica	Hospitais	Usuários	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
Número de Participantes (n)	A	06	03	03
	B	06	03	03
	C	06	03	03
Idade (média em anos)	A	29,7	30,6	38,6
	B	36	40	45,6
	C	38,1	33,6	43,6
Tempo de atuação (média em anos)	A	-	4,3	4,6
	B	-	4,3	10
	C	-	3,6	12,6

A análise das entrevistas possibilitou a construção de quatro categorias, sendo elas:

1ª Prioridade do atendimento para o usuário que tem risco de vida;

2ª Usuário é bem atendido, mas o profissional não se identifica;

3ª Desejo do usuário ser ouvido;

4ª Oportunidade para fazer um acolhimento humanização.

A primeira categoria é denominada **prioridade do atendimento para quem tem risco de vida** descreve a conceitualização do ACCR na perspectiva do usuário e do profissional, principalmente em relação à classificação do grau de risco que o paciente apresenta e a prioridade no atendimento.

O processo de ACCR é relatado de forma positiva pelos usuários que compreendem o objetivo de avaliar a gravidade e assim estabelecer as prioridades no atendimento, como propõe a PNH.

Acolher o paciente e atender sua necessidade, conforme a situação de saúde que se encontra. TC1

Concordo, muitas por causa da dor. Quando é grave deve ser atendido primeiro. Acidentado se demorar pode prejudicar. UA5

Momento em que você acolhe o paciente com suas queixas e alterações vitais. EC3

Concordo. Por que o caso dele é mais grave e também o mesmo está correndo risco de morte. Sim, por que a partir deste momento o paciente fica sabendo qual é realmente o seu estado de saúde, priorizando assim o seu atendimento. UB5

Classificação por prioridade de atendimento. Pacientes com mais risco são priorizados. EB3

Diz que pela idade já tinha que passar na frente. Se correr risco de morrer tem que passar. Passa na frente se for com o SAMU. UC2

Rossaneis e colaboradores (2011) ressaltam que a implantação do ACCR proporciona maior agilidade no atendimento de pacientes com quadro clínico grave, como risco de morte. Ressaltam que a capacitação dos profissionais é importante para identificar sinais e sintomas que indicam situações de urgência e emergência que precisam ser priorizadas.

O conceito de que o ACCR vai avaliar o risco e assim determinar a prioridade do atendimento já é entendido pela comunidade que busca o atendimento hospitalar. Eles concordam com a avaliação e entendem que existem pacientes que estão mais graves e se não forem atendidos prontamente podem ter sua condição agravada, reforçando a Política de Humanização do Ministério da Saúde.

Considerando, ainda, que o enfermeiro é o profissional mais indicado para trabalhar no serviço de acolhimento e classificação de risco, pois suas características generalistas permitem coordenar a equipe de enfermagem, responsabilizar-se pela unidade de atuação, melhorar os processos de classificação de risco, encaminhando o paciente conforme suas necessidades de atendimento (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

No entanto, alguns pacientes referem que existem situações em que não concordam com esta organização. Uma destas situações é quando o paciente se encontra sob custódia do serviço policial.

Eu acho justo. Eu só não acho justo atender primeiro um presidiário que se feriu numa rebelião. UC5

Vale ressaltar que no momento da entrevista, aconteceu uma rebelião em um presídio na cidade e muitos internos se feriram nos conflitos. Estes pacientes apenados foram encaminhados a diversos hospitais da região e devido à alta periculosidade destes, foram prontamente atendidos.

É neste sentido que o atendimento a pacientes apenados deve ser prioritário, pois envolve escolta policial e muitos destes pacientes são de alta periculosidade. A priorização deste atendimento é uma forma de minimizar o risco de fuga ou resgate. Quanto menor seja o tempo de estadia fora do sistema prisional maior a segurança para a população.

Em um estudo sobre o processo de trabalho em saúde relacionado a pacientes apenados, levantou-se que a equipe reconhece este paciente como um indivíduo que necessita de cuidados, independente de sua condição atual, no entanto este processo é permeado tanto pelo sentido da estigmatização, como também de aproximação do paciente (IRALA; CESARVAZ; CESTARI, 2011).

Outros usuários relataram a insatisfação por ter que voltar para a sala de espera, mesmo estando doentes.

Às vezes sim, às vezes não. Às vezes a pessoa esta doente e ao invés de mandar para dentro, volta para fora. UC4

Acho que sim. Deveriam ver se o paciente é idoso ou tem diabetes, tem que passar na frente. Faz quatro horas que eu aguardo. UC2

Estas duas falas foram de usuários que aguardavam atendimento médico no hospital C. Por ser um hospital universitário de grande porte, o atendimento via demanda espontânea é muitas vezes demorado. É preciso ir além da implantação de um protocolo de ACCR, pois é necessário respeitar as características individuais de cada usuário (MARTINS, 2012). É possível observar divergências entre o protocolo instituído e a prática vivenciada. A alta demanda por atendimento faz com que o profissional algumas vezes não considere todas as particularidades dos pacientes, observando apenas o motivo com o qual procura o serviço e sua avaliação do estado de saúde. É necessário que os profissionais sejam capacitados a

reconhecer as particularidades dos pacientes, respeitando as prioridades estabelecidas no protocolo.

Outro estudo encontrou resultados semelhantes (CAMPOS; SOUZA, 2014). O usuário reconhece seu problema de saúde como grave, não reconhecendo o resultado e a classificação estabelecida pelo processo de acolhimento. Ainda mais, os usuários classificados como pouco urgentes e não urgentes entram em conflito com a equipe devido a demora do atendimento, exigindo serem atendidos primeiro. O autor sugere este sentimento como atitude egoísta e falta de solidariedade com os mais necessitados.

Ele preencheu a ficha e perguntou o que eu tinha. Disse que tinha que trazer o encaminhamento e assim já seria mais rápido. UC2

Sim, pois desta forma é possível que as pessoas em situação mais crítica ou de maior complexidade tenham preferência no atendimento e possível que haja orientação de como proceder da próxima vez que procurar o serviço de saúde. TC1

O próprio processo de acolhimento fornece aspectos educacionais para os usuários. O profissional que realiza o acolhimento informa ao paciente como funciona o fluxo de atendimento e que o atendimento seria mais rápido caso ele tivesse sido referenciado. A fala do profissional vai ao encontro com a do usuário, pois ele afirma que o ACCR possibilita um momento de orientação para o usuário (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

A referência e contra referência são requisitos fundamentais e estão intimamente relacionados com às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. O acesso aos serviços de saúde pelos usuários preferencialmente devem partir da atenção básica. De acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários deve ser feita referência para outros níveis de atendimento (O'DWER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Assim o ACCR atua como um intermediador, unindo recursos internos, externos e multidisciplinares, comprometidos com as necessidades dos cidadãos (GARLET et al, 2009).

O usuário consegue compreender que o acolhimento com classificação de risco diminui a espera pelo atendimento, priorizando o atendimento de acordo com o grau de risco apresentado pelo paciente. Mas parece não compreender a distribuição em rede no atendimento a saúde. De acordo com a complexidade, espera-se que a atenção primária ou as unidades de pronto atendimento sejam a primeira linha de atendimento. Casos de maior complexidade devem ser encaminhados pelos serviços de referência. Eles relatavam também

que o ACCR é importante por que inicia o atendimento do paciente, registrando diversas informações específicas que auxiliam o profissional médico no atendimento posterior.

A segunda categoria construída neste estudo foi denominada como **Usuário é bem atendido, mas o profissional não se identifica**. Esta categoria descreve que muitas vezes o profissional não estabelece um vínculo verdadeiro com o paciente, pois nem ao menos se apresenta.

Sim, não se apresentou. Não falou a classificação. UA4

Acho que ela poderia falar a classificação que eu fiquei. UA4

O ACCR é um processo de avaliação dinâmico e sistemático. O profissional que atua nesta função deve ser capacitado para identificar a gravidade e, sobretudo, ter um bom relacionamento interpessoal, comunicação efetiva e empatia.

No entanto, os discursos apontam a necessidade de incrementar o processo de humanização na relação profissional-usuário. Observa-se que o usuário refere ao processo de ACCR como uma etapa em que o profissional apenas realiza a verificação de sinais vitais e das queixas, porém não se apresenta nem informa a classificação em que o paciente foi indicado.

A moça questionou a idade, mediu a pressão. Eu relatei que estava com dor e fui colocado para dentro e fui medicada [...] mas não se identificou. UA2

O acolhimento com classificação de risco agiliza o atendimento e prioriza o atendimento dos que tem mais necessidade. TA2

Bem atendido, mediram PA, temperatura. [...] não falou a classificação. UA3

Os usuários nos passam informações importantes para o tratamento. EC1

Mediu a pressão, pediu para aguardar, perguntou o que eu tinha. [...] não se apresentou. UA4

É importante porque eles tem a visão do serviço visto de um outro enfoque. EB3

O cuidado em saúde é uma relação bilateral, onde o profissional interage de forma empática com o usuário. E este ao notar que esta sendo levado em consideração se entrega ao profissional, relatando fatos importantes de sua vida e contribuindo para uma avaliação de

qualidade. Ao não se apresentar o profissional se isenta e atua despersonalizando o usuário, utilizando aparelhos para medir seus sinais vitais, não o considerando como um indivíduo.

Diversas dificuldades durante a implantação do ACCR foram apontadas na literatura. Entre elas a falta de explicação de como este processo acontece, profissionais que não retiram as dúvidas dos pacientes em relação a espera por atendimento. Falhas na comunicação impedem que o usuário juntamente com o profissional construa um ambiente de troca, excluindo o usuário do processo (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2012)

O ACCR visa avaliar as condições clínicas dos usuários, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade e risco que o paciente apresenta. A falha no processo indica que o profissional coloca o ACCR apenas como um meio de avaliação clínica do paciente, esquecendo de sua individualidade e da necessidade de uma real interação. O profissional inicia o processo de forma insuficiente, nem se apresentando e continua não informando ao usuário questões sobre seu atendimento, assim como o tempo de espera e a possibilidade de ser atendido em outro serviço, nem ser informado de sua classificação de risco. Este fato aumenta a ansiedade pelo atendimento e se relaciona diretamente com o grau de satisfação com o serviço.

A terceira categoria construída esta relacionada com o ouvir o paciente. Denominada de Desejo do usuário de ser ouvido, esta categoria descreve que o processo de escuta qualificada é uma das formas mais efetivas de realizar o ACCR, de acordo com a PNH.

Atendimento com resolutividade, empatia, direcionamento técnico e fundamentado cientificamente. EA2

Fui bem atendido com atenção e presteza. UB3

Acolhimento é uma maneira ética de receber o cliente, otimizando o processo de escuta, valorizando suas queixas e buscando os meios para resolvê-los. EA3

Ouviram meu problema e também fui orientada quanto ao tempo de espera. UC6

Acredito ser um momento no qual é dedicado para ouvir a queixa do paciente, esclarecer dúvidas, realizar orientações quanto ao problema que ele está enfrentando, amenizar a ansiedade quanto ao tempo de espera e sintomas que este apresenta direcionar e solucionar precocemente casos com maior gravidade. EA1

Foi um ótimo atendimento a equipe está de parabéns.UA6

Receber o paciente, dando atenção necessária às queixas do momento e sinais vitais para avaliar a necessidade de atendimento médico imediato ou não. TBI

A escuta ativa é uma das principais ferramentas utilizadas no processo de ACCR. Escuta ativa é definida como a capacidade de ouvir as queixas dos usuários, construindo uma relação de vínculo, uma troca de saberes, facilita a interação entre o profissional e o paciente. A escuta ativa proporciona subsídios para a construção de um serviço técnico assistencial com maior capacidade, resolutividade e qualidade (OLIVEIRA, 2013).

Maynard et al. (2014) colocam que o usuário traz consigo os elementos necessários para uma escuta qualificada, que são a liberdade, confiança, compreensão, paciência, prontidão para ajuda, atenção, abertura a fala para a fluência dos conteúdos mais profundos, não recriminação e sigilo.

Não são raros os casos de usuários que se dirigem aos serviços de saúde unicamente para serem ouvidos, vivenciando um sofrimento psíquico tão intenso quanto os vitimados por dores físicas. O paciente chega ao serviço e espera que suas queixas sejam ouvidas, independente de quais forem. A queixa do usuário é única e é quase sempre interpretada como emergência (GOYANNA et al., 2014)

É primordial que o profissional saiba lidar com as pessoas, pois apenas pelo diálogo efetivo é que o profissional poderá auxiliar o paciente. Especialmente o enfermeiro, por interagir diretamente, de maneira constante precisa atentar-se ao uso adequado as técnicas de comunicação interpessoal (RAZERA, 2011). A comunicação é uma ferramenta indispensável para o processo de recuperação, reabilitação e qualidade de vida do paciente e suas especificidades, principalmente a segurança do paciente. O diálogo entre o profissional e o usuário aumenta a confiança e alcança resultados satisfatórios (FASSARELLA; CRUZ; PEDRO, 2013).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco é uma maneira de qualificar o atendimento do serviço, já que o paciente, ao chegar à emergência, especialmente o crítico, procura, além dos conhecimentos técnicos, alguém que o escute e que respeite o seu “sofrimento” referente ao agravo da saúde. Mesmo que esse agravo não seja considerado crítico pelo profissional, para o usuário, é um momento de estresse, pois não sabe avaliar a gravidade da sua doença. Nesse sentido, ser acolhido pelo profissional da saúde propicia, na

visão do usuário, uma melhoria no atendimento (NOGUEIRA JUNIOR; ALMEIDA; SABINO, 2013).

A quarta categoria descreve que o ACCR é uma **Oportunidade para fazer um acolhimento humanizado**. Nesta categoria agruparam-se relatos que demonstravam as experiências relacionadas à humanização no atendimento ao paciente.

Melhora muito o atendimento, o acolhimento do usuário faz muito a diferença desde o início do atendimento médico. UC1

Procuramos acolher da melhor forma possível, humanizar e confortar o paciente. TB3

Humanização, reorganização do processo de trabalho para melhorar o atendimento ao usuário. EB2

Fui bem recebida, o enfermeiro que me atendeu avisou que ia demorar. UC2

Sim, por que acredito que a maior parte dos funcionários trabalha envolvida e com responsabilidade. Uma vez que a própria função já exige que cuidados sejam realizados, quando há comprometerimentos, estes são realizados com qualidade de acordo com minha vivência, muitos deixam o serviço satisfeito o que me permite entender que houve Humanização. EA1

Além de atender, ouvir auxiliar o cliente hoje, pois amanhã somos nós. EB2

Acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, alterando as relações entre trabalhadores e usuários, humanizando a atenção, estabelecendo vínculo com responsabilidade do profissional com os usuários, aumentando a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde e ampliando a sua intervenção (MERHY, 2002).

O ACCR busca integrar o usuário no processo de atendimento a saúde desde o momento inicial de seu atendimento. Este processo coloca o usuário como centro da atenção, buscando compreender suas percepções, valorizando suas queixas e ensinando-o em relação aos fluxos de atendimentos. A agilidade no atendimento foi alcançada e existem estudos que demonstram que após a implantação a redução na espera de atendimento, aumenta o número de encaminhamentos a outros serviços, garantindo assim que o fluxo de atendimento seja respeitado (MACIAK, 2008; ROSSANEIS, et al., 2011).

O grau de satisfação do usuário também aumenta quando ele participa do ACCR (MACIAK, 2008; MIRANDA, 2010).

Entretanto, os profissionais relataram que para atender o paciente de forma humanizada encontram algumas dificuldades, principalmente relacionadas às condições de trabalho insuficientes e a falta de insumos e recursos humanos.

Não, por que é muito difícil ser humanizado com super-lotação, falta de materiais, com déficit de recursos humanos. EA2

Não, pois falta recursos humanos para atendimento adequado e estrutura adequada. EB3

Sim, porém a grande demanda e a pouca estrutura tanto física e humana é que dificulta o melhor atendimento. EC1

Em partes sim, em partes não, por que a super-lotação de 50 e poucos pacientes internados só no PS, não dá muito tempo de fazer uma humanização adequada. TA3

“Acredito ser mais organizado que humanizado.” EC2

Godoy (2010) afirma que é necessário ocorrer o estabelecimento de relações mais horizontais entre os profissionais de saúde, de respeito, interação e reconhecimento do trabalho do outro. Inferiu também que a implantação do ACCR trouxe organização e ordenação da demanda, com resultados visíveis na sala de espera e no atendimento dos casos mais graves.

Características do serviço influenciam de forma negativa o atendimento ao paciente. O grande quantitativo de pacientes nos serviços de urgência e emergência refletem em um desafio para os gestores hospitalares, principalmente no gerenciamento de recursos físicos e humanos. A falta de integração entre os serviços primários e secundários é amplamente discutida na literatura. As instituições de emergência acabam fazendo o papel de reguladoras da rede de assistência e os usuários com menor complexidade ficam muitas vezes represados nos hospitais secundários (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

A pressão da demanda reflete em sobrecarga de trabalho, difícil desempenho nas atividades assistenciais, sendo geradora de cansaço e estresse na equipe, principalmente pelos inúmeros embates que se produzem entre os profissionais e usuários, ficando evidente que os profissionais necessitam de acolhida em seu processo de trabalho (espaço de escuta pela gestão, cuidado ao cuidador) (SOUZA et al., 2008).

Nogueira Junior, Almeida e Sabino, (2014) consideram que o ACCR deve ser colocado em prática acompanhado dos princípios do acolhimento conforme os idealizados em

sua elaboração. Caso não atendam as diretrizes da PNH, resultam apenas na organização da fila de espera para atendimento, sem qualificar o usuário e sem considerar as dificuldades do trabalhador em saúde.

Duarte e Noro (2010) reforçam que a humanização deve fazer parte da enfermagem. Outros aspectos como o ambiente físico, recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana, que faz com que o profissional apresente uma realidade mais humana menos agressiva e hostil para as pessoas que vivenciam as instituições de saúde.

Outro fator preocupante que foi referido pelos trabalhadores esta relacionado ao atendimento dos pacientes com menor gravidade, ou seja, aqueles classificados com a cor verde, de acordo com o protocolo da Cartilha do ACCR da PNH.

Não. Por que as fichas classificadas com menos risco muitas vezes nem são atendidas. EB3

A forma com que é tratada as fichas verdes não concordo. Elas devem ser atendidas após as amarelas e não deixar de ser atendidas. Eu não vejo a dor do outro! TB1

É neste sentido que a alta demanda por atendimento nos prontos socorros é muitas vezes explicada devido à fragilização da rede básica. A atenção primária não consegue atender a demanda de pacientes que procuram atendimento, ou então, não dispõe de profissionais médicos para realizar este atendimento. Assim, mesmo que o serviço secundário ou terciário referencie o paciente para a atenção primária, o paciente inicia uma jornada entre as unidades em busca de atendimento. No plano ideal, o atendimento das necessidades primárias de saúde da população deve ser realizado pelas unidades básicas de saúde e os casos de maior complexidade, regulados a atenção secundária e terciária (O'DWER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Considerando, ainda, que o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. Portanto tem por objetivo um atendimento mais resolutivo, que saiba identificar e priorizar aqueles realizados nesse serviço, mas não pode deixar de tratar os pacientes de forma digna e humanitária (FEIJÓ, 2010).

Entende-se que os serviços de emergência são a porta de entrada de um grande número de usuários que muitas vezes a identificam como uma forma de resolução rápida de

seus problemas, constituindo-se em uma demanda crescente e cada vez mais complexa que superlota os serviços de emergência. A resolução deste problema só é possível com o maior comprometimento dos gestores em saúde, um sistema público mais organizado, o fortalecimento da rede assistencial que garanta a continuidade do atendimento em outros serviços de saúde. Este processo ainda é um grande desafio, acarretando diversos problemas nos serviços de emergência (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo evidenciou através de entrevistas a percepção da prática diária vivenciada por profissionais de enfermagem e usuários do SUS de três unidades hospitalares de emergência do município de Londrina, PR sobre o processo de ACCR. Esta análise proporcionou a elaboração de quatro categorias: Prioridade para quem tem risco de vida; Paciente é bem atendido, mas o profissional não se identifica; Alguém que me ouça e Tempo de fazer uma humanização adequada.

Vale ressaltar que a implantação do ACCR nas três instituições estudadas seguem protocolos de atendimento conforme a gravidade do usuário, seguindo as diretrizes da PNH.

Os grupos entrevistados reconhecem a importância do acolhimento e da classificação de risco como um método de priorizar o atendimento aos pacientes que possuem um risco de morte ou dano maior. Os profissionais também reconhecem que este processo organiza o atendimento, amplia a resolutividade e influencia positivamente no canal de comunicação entre usuário e profissionais de saúde, proporcionando uma escuta qualificada e o atendimento mais humanizado.

Pode-se afirmar que houve um avanço na inclusão do usuário nos serviços e sistemas de saúde proposto pela PNH, seja como cidadão ou paciente, fortalecendo a relação usuário-profissional no processo do ACCR. O que muitas vezes diferencia neste fluxo, é a localização e o contexto onde o indivíduo está inserido, o que pode tanto facilitar como dificultar seu atendimento, diante da sua necessidade.

No entanto, assim como na maioria dos prontos socorros brasileiros, os serviços estudados possuem excessiva demanda de pacientes, superlotação das suas emergências, déficit de recursos humanos, sucateamento dos recursos estrutural e material e fragilidades com os mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, gerando inconformidades no que tange as políticas públicas de humanização. Neste sentido, os trabalhadores relatam diversas dificuldades para realizar o acolhimento de forma adequada e integrada, salientando a necessidade de melhorar o processo de acolhimento para os profissionais e usuários.

O estudo demonstrou que mesmo os usuários compreendendo a importância do acolhimento pelo grau de gravidade, em duas situações não concordam com esta prática, uma

delas é relativo ao paciente recluso com escolta policial receber o atendimento prioritário, independente do seu agravo, mesmo que seu atendimento imediato seja em prol da segurança coletiva. Outro ponto de discordância diz respeito aos pacientes que são classificados com menor gravidade, com as cores verde e azul. Estes são orientados a voltar para sala de espera no aguardo da consulta e mesmo sendo solidários com a gravidade e a dor do outro, ficam frustrados diante da demora do seu atendimento.

Considerando ainda o relato de usuários que, durante o acolhimento, o profissional de enfermagem não se apresenta e não informa a eles a classificação do atendimento que recebeu de acordo com a cor do protocolo do ACCR. Fica evidente que ainda ocorre um distanciamento entre as relações profissional/usuário no processo de acolher, descaracterizando o atendimento humanizado. Por mais que no discurso o profissional, reconheça a importância da interação com o usuário, essa prática não acontece no seu dia a dia.

Em contrapartida no depoimento dos profissionais de enfermagem ficou evidente o descontentamento devido a alta demanda de usuários nos prontos socorros, a dificuldade de acomodação, falta de estrutura física e ineficiência no fluxo de contrarreferência, acarretando prejuízo na qualidade do atendimento e assistência aos usuários. Diante disso, ocorre a necessidade dos gestores das instituições avaliar por mais subjetivo que seja o profissional com características pessoais, que acolha o cidadão tendo como princípio, a disposição de ouvir e olhar para o outro de forma solidária e ética.

Ainda assim permanece um desafio diário dos serviços estudados em aprimorar o profissional do acolhimento no uso da comunicação eficaz para estabelecer um vínculo que promova menor ansiedade entre os usuários e maior segurança na produção das informações recebidas e um fortalecimento das relações dos serviços de urgência com as unidades básicas de saúde.

Diante dos resultados desta da pesquisa conclui-se que o ACCR como diretriz operacional dentro da PNH proporciona melhorias na forma de atender os usuários e contribui para organizar o processo de trabalho nas unidades de prontos-socorros das instituições pesquisadas.

Os profissionais de enfermagem tem claro seu papel dentro da equipe do ACCR como sendo um dos responsáveis pelo atendimento humanizado e apontam a necessidade

da integração entre a rede de urgência e emergência e a rede básica de atenção à saúde e a necessidade da organização do mecanismo de contrarreferência.

Entretanto, para que isso ocorra é fundamental que os gestores e instituições de todas as esferas reconheçam a importância da PNH e o processo do ACCR. Devem realizar ações com a participação de todos os envolvidos para efetivamente aumentar a resolutividade da atenção básica, executar melhorias estruturais em suas unidades que garantam o processo de trabalho assim como as acomodações dos usuários proporcionando um atendimento humanizado.

Vale ressaltar que o processo de acolhimento não é o único mecanismo necessário para a reorganização dos serviços e instituições de saúde. É fundamental a pactuação de estratégias entre os serviços para efetivação e implementação de fluxos já construídos e a reavaliação das práticas do cotidiano para que seja possível o atendimento em rede com integralidade.

Os resultados permitiram compreender a percepção dos usuários e profissionais em relação ao ACCR, bem como a identificação do seu propósito, facilidades e dificuldades vivenciados neste processo.

A coleta de dados por meio da resposta a um instrumento previamente elaborado (semi-estruturado) apresentou limitações no estudo, pois as respostas eram as vezes monossilábicas parecendo que os entrevistados não tinham disposição para dar respostas mais consistentes para o alcance dos objetivos das perguntas. Porém muitos entrevistados escreveram suas opiniões de forma completa e ricas em significados, garantindo assim a realização deste estudo.

Sendo assim observou-se que este estudo captou a percepção dos usuários e profissionais no processo do ACCR os aspectos necessários para adequação na reorganização dos serviços de saúde como nos processos gerenciais de cada um, essas mudanças devem ser feitas de forma articulada, com a inserção dos atores envolvidos no processo de produção de saúde, através da troca de conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Cartilha PNH**. 2004. Disponível em: <<http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2015.
2. ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre; v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/23.pdf>>. Acesso em: 14 mar 2015.
3. ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. de H. C. Promoção da Saúde. Cidades/ Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. de C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 151- 171.
4. ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo Centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
5. AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. Policy Document. The Australasian triage scale. 2012. Disponível em:<<http://enw.org/AustralianTriageScales%20Policy.pdf>>. Acesso em: 12 ago 2015.
6. BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-7, 2005.
7. BARROS, S. D. de O. L.; QUEIROZ, J. C. de; MELO, R. M. de. Cuidando e Humanizando: entraves que dificultam a prática. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 598-603, out./dez. 2010. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a16.pdf>>. Acesso 12 jun 2015.
8. BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
9. BELLONI, I. et al. **Metodologia de avaliação de políticas públicas: questões de nossa época**. São Paulo: Cortez, 2000.
10. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.
11. BELLONI, I. et al. **Metodologia de avaliação de políticas públicas: questões de nossa época**. São Paulo: Cortez, 2000.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília, DF, 2013.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília, DF: MS, 2011. 268 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3).
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília, DF, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1). Disponível em:

- <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 22 mar 2015.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 08 abr 2015.
 16. BRASIL. Ministério da saúde. QualiSUS. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12592&janela=2>. Acesso em: 12 abr 2015.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização SUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
 18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 22 fev 2015.
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 05 jun 2015.
 20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação de risco: um paradigma ético-estético no fazer saúde. (Série B Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 16p
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Humaniza-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizasus>>. Acesso em: 03 fev 2015.
 22. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília, DF: MS, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 03 fev 2015.
 23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília, DF: DOU, 2002.
 24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: MS, 2001.
 25. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.
 26. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
 27. CAMPOS, J.; SOUZA, V. S. A percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. **Revista**

- Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 16, n. 1, 2014. Disponível em:<<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/319/297>>. Acesso em: 20 dez 2015.
28. CAMPOS, G. W. de S. Reforma política sanitária de e: a sustentabilidade SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 301-6, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a02v12n2.pdf>>. Acesso em: 22 abr 2015.
29. CANDIDO, Antonio. **Varios escritos**. 3. ed. São Paulo: Duas cidades, 2004.
30. CARVALHO, C. A. P. et. al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-95, abr/jun.2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf>. Acesso em: 22 mar 2015.
31. CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção dos sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.
32. CECÍLIO, L. C.; MERHY, E. E. O singular processo de coordenação de hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p.110-122, maio/ago. 2003. Disponível em:<<http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=SaudeDebate&PagFis=5702>>. Acesso em: 15 jun 2015.
33. COSTA, S. C; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500009>. Acessado em: 16 de mar 2015.
34. CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 71-79, 2012. Suplemento 1. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500006>. Acesso em: 14 maio 2015.
35. DIAS FILHO, A. D., et. al. **Acolhimento com Classificação de Risco**: humanização nos serviços de emergência. 2010. 10 p. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia, 2010. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=Ireta2&page=article&op=view&path%5B%5D=311&path%5B%5D=238>> . Acesso em: 05 mar 2015.
36. DUARTE, M. de L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-692, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun 2015.
37. FASSARELLA, C. S.; CRUZ, D. S. de M.; PEDRO, S. L. B. A comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2013. Disponível

- em:<<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/1902>>. Acesso em: 18 jan 2016.
38. FEIJÓ, V. B. El R. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola. 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em:<<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.
 39. FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Positivo Livros, 2010. p. 32.
 40. FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p.17-27, jan. 2008. Mensal.
 41. FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>>. Acesso em: 13 abr 2015.
 42. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.
 43. GARLET, E. R., et al . Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto-enfermagem**, Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 266-272, jun 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev 2016.
 44. GODOY, F. S. F. **Organização do Trabalho em uma Unidade de Urgência**: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em:<<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>>. Acesso em: 12 abr 2015.
 45. GOYANNA, N. F., et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: dos desafios às potencialidades. **SANARE**, Sobral, v.13, n.1, p.119-124, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/442/296>>. Acesso em: 28 nov 2015.
 46. GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.
 47. GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: História da Classificação de Risco. Belo Horizonte, 30 out. 2007. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107>. Acesso em: 10 de nov 2015.

48. GILBOY, Nicki et al. Emergency severity index(ESI): a triage tool for emergency departament care. Version4. Implementation hand book 2012. Disponível em:<<http://www.esitriage.org/>> Acesso em: 13 jun 2015.
49. GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1087-1109, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a10.pdf>>. Acesso em: 22 abr 2015.
50. GUIMARÃES, J. P.; OLIVEIRA, D. A. de. A Importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2, p. 25-44, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/download/197/101>>. Acesso em 08 maio 2015.
51. IRALA, D. de A.; CEZAR-VAZ, M. R.; CESTARI, M. E. Trabalho em saúde com pacientes apenados: sentidos metafóricos gerados no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 206-212, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev 2016.
52. JANNUZZI, P. de M. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e Políticas Públicas (PPP)**, Brasília, DF, n. 36, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228/212>>. Acesso em: 30 maio 2015.
53. KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
54. LOPES, B.; AMARAL, J. N., (Supervisão); CALDAS, R. W. (Coord.). **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: SEBRAE, 2008.
55. LÜCKE, C. G. Proposta de avaliação e implantação de um protocolo de classificação de risco em um pronto atendimento em novo Hamburgo: uma estratégia para reordenação do fluxo. **Projeto de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde**. Parceria da Fundação Osvaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2012. Disponível em:<<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/6720/1/Carine%20Grasiela%20Lucke%5b1%5d.pdf>>. Acesso em 14 mar 2015.
56. MACIAK, I. **Humanização da Assistência de enfermagem em uma unidade de emergência**: percepção da equipe de enfermagem e do usuário. 2008. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008. Disponível em:<<http://siaibib01.univali.br/pdf/Ines%20Maciak.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.
57. MAFRA. Acolhimento com classificação de risco nas portas entrada de urgências e emergências do sistema único de saúde em Belo Horizonte. 2005.
58. MARTINS, A. D. M. **Limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco de um pronto socorro pediátrico no DF**. 2012. 82 p. Dissertação (Mestrado)– Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

59. MARTINS, J.; BICUDO, M. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Centauro, 2005.
60. MARTINS, S. M. S. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um serviço de urgência hospitalar em Goiânia**. 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1526>. Acesso em: 25 fev 2016.
61. MAYNART, W. H. da C., et al . A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar 2015.
62. MELLO, V. C. de; BOTTEGA, C. G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 739-745, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a25v13s1.pdf>>. Acesso em: 08 abr 2015.
63. MENICUCCI, T. M. G. Gestão de políticas públicas: estratégias para construção de uma agenda. 2006. In: CONGRESSO NACIONAL DE RECREACIÓN COLDEPORTES /FUNLIBRE, 9., 2006, Bogotá. **Anais...Bogotá**, 2006. Disponível em: <<http://www.redcreacion.org/documentos/congreso9/TMenicucci.html>>. Acesso em: 20 abr 2015.
64. MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
65. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
66. MIRANDA, J. M. **Acolhimento com Classificação de Risco: o significado para o usuário**. 2010. 151 f. Dissertação(Mestrado Profissional do Curso de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde) -Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.
67. MITRE S. M., ANDRADE E. I. G., COTTA R. M. M. Avanço e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.
68. NOGUEIRA JUNIOR, J. E.; ALMEIDA, M. de S.; SABINO, M. M. F. L. Acolhimento com Classificação de Riscos em Serviços de Emergência/Urgência: humanizando a assistência. **Coleção Gestão da Saúde Pública: contribuições para gestão do SUS**, Florianópolis, v. 10, p. 94-112, 2013. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-10-Artigo-05.pdf>>. Acesso em: 13 mar 2015.
69. NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 541-9, set. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php?journal=fen&page=article&op=view&path%5B%5D=13462>>. Acesso em: 08 fev 2016.

70. O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 5, p. 1881-1890, dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2016.
71. OLIVEIRA, D. A.; GUIMARÃES, J. P. A Importância Do Acolhimento Com Classificação De Risco Nos Serviços de Emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 6, p. 25-44, 2013. Disponível em:<<http://www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/197/101>>. Acesso em: 21 nov 2015.
72. OLIVEIRA, M. M. de. Como fazer pesquisa qualitativa. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
73. PASCHE, D. F., et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DF, v. 20, n. 6, p. 416-22,dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n6/a08v20n6.pdf>. Acesso em: 30 jul 2015.
74. PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
75. RAMOS D. D., LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, **Caderno Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 19, p. 27-34, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/arquivos/Permanecersus/acessoacolhimentoportoalegre.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2015.
76. RAZERA, A. P. Ribeiro; BRAGA, E. M. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 632-637, jun 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev 2016.
77. REBELLO, C. M.; KOOPMANS, F. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento no processo de trabalho na estratégia da saúde da família: reflexão sobre conceitos. **Corpus EtScientia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.127-138, dez. 2012. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/18/55>>. Acesso em: 17 fev 2015.
78. ROSSANEIS M. A. et al. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Hospital Público de Médio Porte e a Responsabilidade da Atenção Básica. **UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 13, n. 3, p. 169-74, 2011. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/viewFile/1191/1144>>. Acesso em: 23 jun 2015.
79. ROSSANES, M. A., et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 13, p. 648-656, out. 2011. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf>. Acesso em: 23 jun 2015.
80. RUA, M. das G. **Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração da UFSC, 2009. 130 p.

81. RUA, M. das G. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. In: RUA, Maria das Graças; VALADÃO, Maria Izabel. **O Estudo da Política**: Temas Seleccionados. Brasília, DF: Paralelo 15, 1998.
82. SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, jul /ago 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>>. Acesso em: 22 jun 2015.
83. SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36. p. 498-515, 2003. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf>. Acesso em: 23 fev 2015.
84. SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 258 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/29k48>>. Acesso em: 12 jul 2015.
85. SELLTIZ, C, et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais. 2. ed. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. São Paulo: EPU, 1987.
86. SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 12 mar 2015.
87. SILVA, R. M.; ARAUJO, M. A. L. Promoção da Saúde no contexto interdisciplinar. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 141-142, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40820301.pdf>>. Acesso em: 02 abr 2015.
88. SIMÕES, A. L. de A.; et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-44, jul./set. 2007.
89. SOUZA, C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. Caderno sociologias, Porto Alegre, numero 16, p. 20- 45, jul./dez.2006.
90. SOUZA, C. **Políticas Públicas**: Questões Temáticas e de Pesquisa, Caderno CRH, Salvador, n. 39, p. 11-24. 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2789/1/RCRH-2006-273%5B1%5D%20ADM.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2015.
91. SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 23 fev 2015.
92. TAKEMOTO M. L. S; SILVA E. M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.
93. TEIXEIRA, E. C. O papel das Políticas Públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. AATR-BA, 2002. Disponível em: <<http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>>. Acesso em 15 mar 2015.

94. TONELLA, C. Poder local e políticas públicas: um estudo exploratório sobre conselhos gestores. **Cadernos Metr pole**, Maringá, n. 10, p. 103-139, 2006. Disponível em:<<http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/9201/6816>>. Acesso em: 14 mar 2015.
95. ULBRICH E. M. et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 286-292, 2010. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17863/11655>>. Acesso em: 14 mar 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa para profissionais

Data da entrevista:
Entrevistador(a):
Unidade hospitalar:
Gênero: Feminino (<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>)
Qual a sua idade?
Função exercida no hospital: Enfermeiro (<input type="checkbox"/>) Técnico de Enfermagem (<input type="checkbox"/>)
Tempo de atuação no hospital: Anos() Meses()
1- O que você entende por acolhimento com classificação de risco (ACCR)?
2- Como está preparada a equipe de enfermagem no hospital frente ao ACCR?
3- Acredita que o ACCR humanizou o atendimento ao usuário ao usuário?
4- Você considera o hospital que trabalha, humanizado?
5- Você considera importante ouvir o usuário?

APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa para usuários

Data da entrevista:
Entrevistador(a):
Unidade hospitalar:
Gênero: Feminino () Masculino ()
Qual a sua idade?
1- Como foi recebido pela equipe de enfermagem na sala de ACCR?
2- O profissional ouviu suas queixas com atenção?
3- O que acha do paciente mais grave ser atendido primeiro?
4- Você acha que a ACCR melhora o atendimento ao usuário?

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: práticas de humanização desenvolvidos nos hospitais estaduais localizados no município de Londrina, Paraná”**, que faz parte do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá – Paraná, e é orientada pela prof.^a Dr.^a Sheila Regina de Camargo Martins da Universidade Estadual de Maringá - Paraná. O objetivo da pesquisa é descrever as atividades assistenciais prestadas aos usuários dos Hospitais Dr. Anísio Figueiredo, Dr. Eulalino Ignácio de Andrade e do Hospital Universitário de Londrina, embasadas pelas propostas da Política Nacional de Humanização, no acolhimento com classificação de risco, a partir da opinião dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e usuários do SUS. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,, R.G.declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof.^a Sheila Regina de Camargo Martins.

_____ **Data:**

Assinatura

Eu, Denise da Silva Scaneiro Sardinha, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ **Data:**.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Denise da Silva Scaneiro Sardinha

Endereço: Rua Cegonha, 200 – Hospital Dr. Anísio Figueiredo

e-Mail: denisesardinha@uol.com.br

Telefone: (43) 9995-2222

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO A – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - COPEP

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o seguinte Protocolo de Pesquisa foi analisado e APROVADO pelo COPEP, e o Parecer Consubstanciado do CEP está em fase de elaboração:

- CAAE: 50140515.8.0000.0104;
- Pesquisador(a): Sheila Regina de Camargo Martins;
- Título: Políticas Públicas de Saúde: Representações Sociais e Práticas de Humanização Desenvolvidos nos Hospitais Estaduais Localizados no Município de Londrina, Paraná;
- Data de aprovação pelo COPEP: 19/10/2015.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente em 22/10/2015.

Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética e Biossegurança
Michelle Silveira de Brito
Michelle Silveira de Brito

