

■ Revisão Integrativa

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>

Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem

*Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care**Humanización en los servicios de urgencia y emergencia: contribuciones para el cuidado en enfermería*

Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa^a
Caroline Kilcia Carvalho Sena Damasceno^b
Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida^b
Juliana Macêdo Magalhães^b
Márcia de Assunção Ferreira^c

Como citar este artigo:

Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180263. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>.

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências das pesquisas desenvolvidas sobre a humanização no atendimento de urgência e emergência, tendo em vista suas contribuições para o cuidado de enfermagem.

Métodos: Revisão integrativa nas bases de dados LILACS, CINAHL, SciELO, Web of Science, SCOPUS e BDEF, utilizando os descritores: humanização da assistência, urgências, emergências, serviços médicos de emergências e enfermagem.

Resultados: A busca resultou em um total de 133 publicações, sendo 17 incluídas no escopo desta revisão. A análise possibilitou a elaboração das unidades de evidência: 'Acolhimento com classificação de risco: dispositivo com bons resultados' e 'Barreiras e dificuldades para a utilização das diretrizes da Política Nacional de Humanização'.

Conclusão: O Acolhimento com Classificação de Risco foi evidenciado como principal dispositivo para a efetiva operacionalização da Política Nacional de Humanização e existem barreiras para sua efetivação relacionadas à organização das redes de atenção à saúde, problemas estruturais e ao trabalho multiprofissional.

Palavras-chave: Enfermagem. Emergências. Serviços médicos de emergências. Humanização da assistência.

ABSTRACT

Objective: To analyze the evidence of researches carried out on humanization in urgent and emergency care, considering their contributions to nursing care.

Methods: Integrative review of LILACS, CINAHL, SciELO, Web of Science, SCOPUS, and BDEF databases, using the keywords: humanization of care, urgencies, emergencies, emergency medical services, and nursing.

Results: The search resulted in a total of 133 publications, of which 17 were included in the scope of this review. The analysis enabled the elaboration of the evidence units: 'Reception with Risk Classification: a device with good results' and 'Barriers and difficulties to use the guidelines of the National Humanization Policy'.

Conclusion: The Reception with Risk Classification was evidenced as the main device for the effective implementation of the National Humanization Policy and there are barriers to its effectiveness related to the organization of health care networks, structural problems, and multi-professional work.

Keywords: Nursing. Emergencies. Emergency medical services. Humanization of assistance.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las evidencias de las investigaciones desarrolladas sobre la humanización en la atención de urgencia y emergencia, teniendo en cuenta sus contribuciones en el cuidado de enfermería.

Métodos: Revisión integradora con búsqueda en bases de datos LILACS, CINAHL, SciELO, Web of Science, SCOPUS y BDEF, utilizando descriptores: humanización de la asistencia, urgencias, emergencias, servicios médicos de emergencias y enfermería.

Resultados: La búsqueda resultó en un total de 133 publicaciones, siendo 17 incluídas en el alcance de esta revisión. El análisis permitió la elaboración de unidades de evidencia: 'Acogida con clasificación de riesgo: dispositivo con buenos resultados' y 'Barreras y dificultades para la utilización de las directrices de la Política Nacional de Humanización'.

Conclusión: El Acogimiento con Clasificación de Riesgo fue evidenciado como principal dispositivo para una efectiva operacionalización de la Política Nacional de Humanización y existen barreras para su efectividad relacionadas con la organización de las redes de atención a la salud, con los problemas estructurales y el trabajo multiprofesional.

Palabras clave: Enfermería. Urgencias médicas. Servicios médicos de emergencias. Humanización de la atención.

^a Universidade Estadual do Maranhão (UFMA), Centro de Estudos Superiores de Coroatá. Coroatá, Maranhão, Brasil.

^b Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem Fundamental. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

No início do século XXI o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que culminou em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza-SUS – sendo eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, tendo como principal alicerce a participação e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde⁽¹⁾. Segundo a PNH, a humanização abarca os diferentes atores do processo de produção da saúde – usuário, trabalhadores e gestores – norteados por valores tais como: autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculo solidário e participação coletiva no processo de gestão⁽²⁾.

A PNH é uma política pública transversal que trata o processo de trabalho em saúde como um todo, englobando assistência e gestão, garantindo o protagonismo dos sujeitos e coletivos, passando pela oferta de serviços, tecnologias de cuidados e construção de ambientes seguros, harmoniosos e que ofereçam conforto e bem-estar aos usuários⁽³⁾.

Para tanto, há que se formar os profissionais com as competências necessárias para atender as demandas que os serviços requerem. Nas unidades de urgência e emergência relevam-se os conhecimentos, habilidades e atitudes específicas a fim de prestar assistência individualizada, digna e humanizada a quem busca por esse tipo de atendimento, que no caso da humanização, inclui acolhimento, comunicação, diálogo, resolutividade, respeito e saber ouvir⁽⁴⁾.

Os serviços de urgência e emergência (SUE) são essenciais na assistência em saúde e considerados serviços abertos no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, há sobrecarga de serviços, em face de inúmeros fatores, dentre eles: demanda excessiva, problemas de estruturação das redes de atenção à saúde, escassez e desajustes no dimensionamento de recursos humanos, escassez de recursos materiais, violência e acidentes de trânsito⁽⁵⁻⁶⁾. Inadequação no dimensionamento de recursos humanos neste tipo de serviço compromete a qualidade do atendimento⁽⁷⁾.

As unidades de SUE são destinadas ao atendimento de pacientes com problemas agudos e com alta gravidade, com garantia de assistência rápida e imediata quando o risco de morte é iminente, requerendo equipes preparadas. Observa-se, no entanto, que a população busca os SUE sem propriamente ter agravos urgentes contribuindo para a sobrecarga de tais serviços⁽⁸⁾.

Neste sentido, os dispositivos da PNH, a exemplo do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), devem ser considerados para melhor organização do trabalho e efetividade clínica⁽⁹⁾. A classificação de risco proporciona hu-

manização no atendimento e no trabalho da equipe multidisciplinar, pois possibilita mais agilidade no atendimento mediante aplicação de instrumentos de avaliação prévia que permite ao profissional selecionar com mais segurança as prioridades centradas nas necessidades dos usuários de acordo com o nível de complexidade clínica⁽⁹⁾.

Estudo realizado no setor de emergência de um hospital público concluiu ser o enfermeiro um dos principais atores do ACR, com enfrentamentos importantes no processo de trabalho cotidiano em virtude de problemas complexos estruturais de gestão que ultrapassam o seu poder de resolução e governabilidade⁽¹⁰⁾.

O processo de trabalho nos SUE é dinâmico e heterogêneo, envolve ações que podem comprometer a integridade e a saúde do trabalhador, contribuindo para o aumento da exposição aos riscos ocupacionais, o que compromete tanto o profissional quanto a qualidade da assistência⁽¹¹⁾. Condições de trabalho desfavoráveis, sobrecarga de serviços e carência de recursos são fatores que estão no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem nos SUE. Ainda há o dimensionamento inadequado de pessoal, submissão do trabalhador a situações de riscos à sua saúde, contato direto e constante com o paciente e seus familiares e o adoecimento mental e físico que, juntos, podem tornar o profissional insensível, tratando seus pacientes de forma impessoal e despersonalizada, caracterizando por vezes uma assistência desumanizada⁽¹²⁾.

Considerando a relevância desta temática, faz-se necessário conhecer os estudos que investem em pesquisa-*la*. Por isso, indaga-se: qual o conhecimento científico produzido sobre as interfaces entre a Política Nacional de Humanização e o cuidado de enfermagem nos serviços de urgência e emergência? A finalidade desta investigação é obter subsídios que permitam a reflexão sobre a assistência de enfermagem que vem sendo oferecida nos SUE e assim promover a adoção de estratégias para a criação de um ambiente humanizado.

O objetivo deste estudo foi analisar as evidências das pesquisas desenvolvidas sobre a humanização no atendimento de urgência e emergência, tendo em vista suas contribuições para o cuidado de enfermagem.

■ MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RI), método que permite criticar e sintetizar o conhecimento produzido de forma ordenada e sistemática, com a finalidade de gerar um todo consistente e significativo por meio de achados oriundos de estudos diversos e representativos sobre determinado tema. Faz uso de publicações com características metodológicas diferentes, contudo sem ir de

encontro ao perfil epistemológico dos estudos empíricos pesquisados, contribuindo para o avanço da ciência à medida que permite o levantamento de lacunas a serem preenchidas para o aprofundamento do tema⁽¹³⁾.

As fases aplicadas foram: formulação da questão de estudo, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra e busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁽¹⁴⁾.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, publicados entre janeiro de 2000, quando foi elaborado pelo MS o PNHAN, até julho de 2017, sem restrições de idioma de publicação. Excluiu-se os estudos de revisão, dissertações, teses, editoriais, cartas ao editor, relatos de experiência, resumos de eventos e os repetidos.

As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Web of Science* (WOS), SCOPUS e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), com consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH). Utilizou-se os seguintes descritores controlados (em português e inglês): "humanização da assistência", "urgência", "emergência", "serviços médicos de emergência" e "enfermagem". Foi utilizado o operador booleano *and* para a combinação dos descritores. O levantamento foi realizado no mês de julho de 2017.

Para a extração dos dados utilizou-se o Modelo de Leitura Técnica (MLT), cuja finalidade é sistematizar a análise conceitual de documentos visando a identificação de termos representativos de todo seu conteúdo. O MLT é fundamentado teoricamente em um método de análise de artigos na área biológica⁽¹⁵⁾ e metodologicamente no mo-

delo proposto na Norma 12.676 pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, que trata das regras para o exame de documentos, da determinação de seus assuntos e da seleção de termos para indexação⁽¹⁶⁾.

O MLT é representado por um algoritmo composto por cinco colunas que subsidiaram a extração dos elementos para análise dos resultados. Na primeira coluna tem-se o conjunto de categorias fundamentais temáticas (CAFTE), a saber: tema, objeto empírico, escopo, ambientação, tipo de pesquisa, coleta de dados, métodos, fundamento teórico, fundamento histórico/contextual e principais resultados. Na segunda coluna são feitos questionamentos referentes aos conceitos apresentados no CAFTE. Na terceira coluna são relacionadas as partes do documento onde podem ser identificadas as respostas aos questionamentos. Na quarta coluna são inseridas as respostas a cada questionamento. Finalmente, na quinta coluna, são indicados os termos representativos para a extração da informação dos documentos⁽¹⁶⁾.

A síntese final deu-se de forma descritiva considerando-se os termos representativos da amostra da RI, as ideias convergentes entre os autores, posteriormente agrupadas, permitiu a categorização dos resultados e sua discussão em duas unidades de evidência: *Acolhimento com classificação de risco: dispositivo com bons resultados*; e *Barreiras e dificuldades para a utilização das diretrizes da PNH*. A análise foi feita à luz dos preceitos da PNH e aplicou-se os princípios éticos de respeito a autoria de trabalhos científicos.

■ RESULTADOS

A busca inicial resultou em 50 estudos na base de dados LILACS, nenhum na CINAHL, 17 na SciELO, dois na Web of Science, um na SCOPUS e 63 na BDENF, totalizando 133 publicações, conforme Quadro 1.

Descritores	LILACS	CINAHL	SciELO	WOS	SCOPUS	BDENF
"humanização da assistência" and "urgências" and "enfermagem"	19	00	07	00	01	24
"humanização da assistência" and "emergências" and "enfermagem"	23	00	08	01	00	28
"humanização da assistência" and "serviços médicos de emergências" and "enfermagem"	08	00	02	01	00	11
Total	50	00	17	02	01	63

Quadro 1 – Sistematização da busca eletrônica nas bases de dados

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A seguir executou-se a seleção, considerando-se, a princípio, como potencialmente elegíveis, os estudos cujos títulos informaram ter como foco a humanização do cuidado de enfermagem em unidades de urgência e emergência. Foram excluídas 51 publicações não relacionadas à temática, seis por se tratar de revisão da literatura e dois por serem relatos de experiência. Nesta etapa 74 publicações foram eleitas. Desse total, 40 publicações encontravam-se repeti-

das nas bases de dados, e foram consideradas somente uma vez. Restaram, então, 34 publicações para leitura dos resumos. Foram excluídos 17 estudos por não responderem à questão de pesquisa e/ou o objetivo da RI após leitura dos resumos, selecionando-se ao final 17 estudos, sendo 13 na base de dados LILACS e quatro na BDENF, os quais foram incluídos na amostra desta revisão. O processo de seleção das publicações foi desenvolvido por dois revisores (Figura 1).

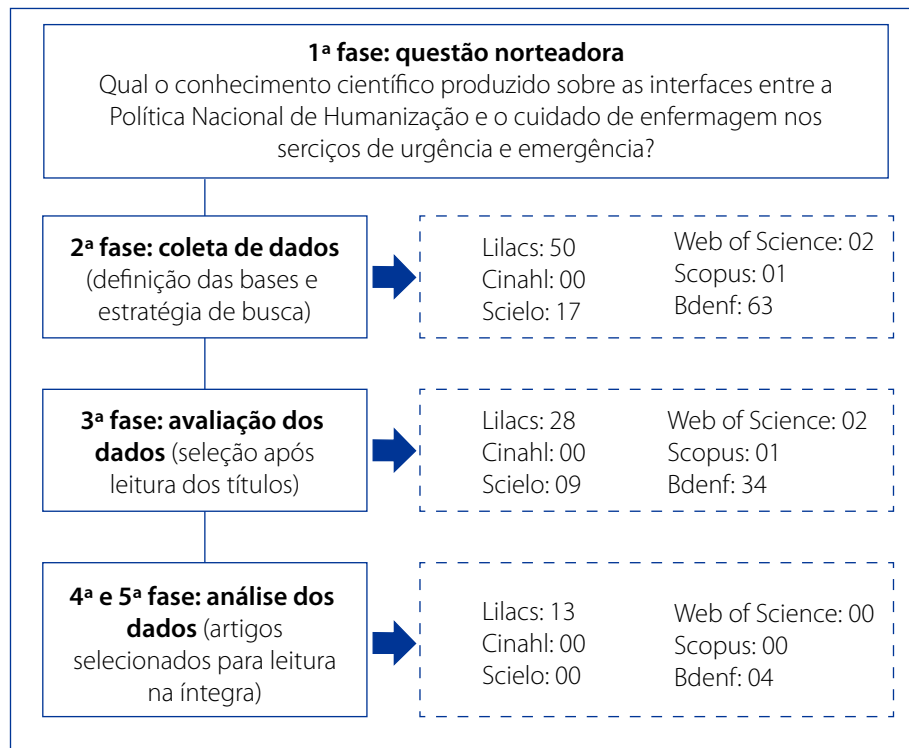


Figura 1 – Logística da revisão integrativa da literatura
Fonte: Autores

O Quadro 2 mostra sumariamente os estudos incluídos nesta RI conforme número de ordem, ano e periódico de publicação, delineamento metodológico, amostra e cenário de pesquisa e termos representativos.

A maior parte dos estudos foi publicada no ano de 2015, correspondendo a um total de quatro. Em relação ao periódico, observaram-se dez periódicos diferentes, destacando-se a *Revista Eletrônica de Enfermagem* e a *Revista de Enfermagem da UERJ*, ambas contribuíram com três estudos. Quanto às regiões onde foram desenvolvidos os estudos, a maioria concentrou-se nas regiões Sul e Nordeste, oito e seis publicações, respectivamente. Nenhum estudo foi realizado nas regiões Norte e Centro-Oeste. Dez deles utilizaram a abordagem qualitativa, e um estudo usou o delineamento quanti-qualitativo. Houve grande variação nos participantes dos estudos, envolvendo usuários, familiares e profissionais da saúde.

Os conteúdos que emergiram da análise dos dados foram agrupados a partir dos termos representativos evidenciando os bons resultados do dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) e as barreiras e dificuldades enfrentadas para a utilização das diretrizes da PNH.

A primeira unidade de evidência congregou os estudos no grande tema sobre o ACR considerando-o como um dispositivo com bons resultados. A análise dos bons resultados do dispositivo do ACR foi tratada por meio da organização do trabalho, do atendimento ágil e seguro e da ambiência dos serviços. Em quatro estudos analisados foram descritas condições referentes à organização do trabalho como aspectos positivos na adoção dos princípios da PNH. Os estudos E04 e E16 evidenciam que o ACR pressupõe ações coordenadas que envolvem todos os setores do hospital e uma equipe multiprofissional, sugerindo o enfermeiro como profissional capacitado para atuar como

Nº	Ano Periódico	Delimitação/Referencial Teórico/ Amostra/Cenário	Termos Representativos
E01	2009 Cogitare Enfermagem	Qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/04 usuários adultos e 03 familiares acompanhantes/Pronto-Socorro de um hospital no Paraná	Resolutividade na atenção básica, organização do atendimento, estrutura física e alta demanda.
E02	2009 Revista Eletrônica de Enfermagem	Qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/10 acompanhantes/Unidade de emergência de um hospital no Ceará	Falta de comunicação, alta demanda, estrutura física e compromisso profissional.
E03	2010 Revista de Enfermagem da UERJ	Qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/05 enfermeiros e 05 técnicos de enfermagem/Pronto-Socorro de um hospital público no Rio Grande do Norte	Ambiência inadequada, déficit de recursos humanos, alta demanda, responsabilidade pelo usuário e condições de trabalho.
E04	2011 Revista de Enfermagem da UERJ	Qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/03 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem/Serviço de emergência de um hospital público em Santa Catarina	Organização do trabalho, maior segurança no atendimento, alta demanda, falta de articulação da rede, recursos materiais escassos.
E05	2011 Revista Eletrônica de Enfermagem	Qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/03 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem/Serviço de emergência de um hospital público em Santa Catarina	Atendimento mais rápido, déficit de recursos físicos, materiais e humanos e desconhecimento do protocolo pela população.
E06	2011 Revista Eletrônica de Enfermagem	Quanti-qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/28.818 registros de consultas/ Pronto-Socorro de um hospital público no Paraná	Equipe multiprofissional, planejamento de protocolos, redução nos atendimentos médicos, resolutividade da atenção básica.
E07	2012 Revista Mineira de Enfermagem	Quantitativo/Pesquisa transversal/45 trabalhadores de enfermagem/Serviço hospitalar de emergência público no Paraná	Sinalização do ambiente, compromisso profissional, falta de articulação da rede, comunicação com os usuários e treinamento.
E08	2012 Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/17 profissionais da saúde/Serviço de atendimento móvel de urgência em Minas Gerais	Trabalho em equipe, respeito, atendimento tecnicista, visão humanitária e agressividade.
E09	2013 Revista de Enfermagem da UFSM	Qualitativa/Pesquisa descritiva-exploratória/14 enfermeiros/Hospital geral público no Rio Grande do Norte	Valorização do ser humano, processo de comunicação, responsabilidade pelo usuário e classificação de risco.
E10	2013 Revista Baiana de Enfermagem	Qualitativa/Pesquisa descritiva-exploratória/14 enfermeiros/Hospital de urgências no Piauí	Relações profissionais, assistência eficaz, desgaste do trabalhador, dificuldades estruturais, alta demanda, escassez de profissionais e equipe multiprofissional.
E11	2015 Revista de Enfermagem da UERJ	Quantitativo/Estudo transversal/314 trabalhadores dos hospitais/03 serviços hospitalares de emergência públicos e 01 filantrópico no Paraná	Carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos, estrutura física e fragilidade do sistema de referência e contrarreferência.

E12	2015 Revista Mineira de Enfermagem	Quantitativo/Estudo transversal/314 trabalhadores dos hospitais/03 serviços hospitalares de emergência públicos e 01 filantrópico no Paraná	Falta de espaço físico, problemas no relacionamento da equipe multiprofissional e dificuldades na operacionalização.
E13	2015 Revista da Escola de Enfermagem da USP	Quantitativo/Estudo metodológico/10 enfermeiros e 10 médicos/ Serviço de atendimento móvel de urgência no Rio Grande do Norte	Estrutura física, condições materiais, segurança do profissional, garantia de acesso, tempo/resposta, relacionamento interpessoal, articulação multiprofissional.
E14	2015 Revista Brasileira de Ciências da Saúde	Quantitativo/Estudo transversal/12 enfermeiros/Hospital público no Alagoas	Falta de recursos humanos e materiais, alta demanda, jornada laboral e atendimento individualizado.
E15	2016 Revista da Escola de Enfermagem da USP	Quantitativo/Estudo transversal/300 usuários/ Pronto-Socorro adulto de um hospital público em Minas Gerais	Agilidade no atendimento, confiança, acolhimento, ambiência, comunicação e informação.
E16	2016 Revista Baiana de Enfermagem	Qualitativo/Pesquisa descritiva-exploratória/21 enfermeiros/Unidade de pronto atendimento no Rio de Janeiro	Estrutura física, pouco conhecimento da população, utilização de protocolos, mudança na lógica de atendimento, resolutividade da atenção básica e escassez de recursos materiais.
E17	2016 Texto Contexto Enfermagem	Qualitativo/Avaliação de Quarta Geração/15 trabalhadores de enfermagem, 09 usuários e 06 familiares/Serviço de emergência psiquiátrica de um hospital geral no Paraná	Cuidado multidisciplinar, empoderamento e protagonismo dos grupos envolvidos e atuação do enfermeiro.

Quadro 2 – Sinopse dos estudos incluídos na RI

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

gerente de caso, por meio da adoção de protocolos pré-estabelecidos inseridos na consulta de enfermagem. O estudo E06 reforça a lógica de um trabalho baseado na estruturação de grupos de trabalho formados por equipe multiprofissional. Já o estudo E15 identificou o ACR como uma tecnologia leve baseada em relações de confiança, comunicação eficiente e informação, que são importantes para a garantia de satisfação do usuário.

Os estudos E04, E05, E06 e E15 evidenciaram que a implantação do ACR torna o atendimento mais ágil e com maior segurança. Esses estudos mostraram que o atendimento, antes baseado na ordem de chegada e hoje em parâmetros de risco conforme necessidades dos usuários, tornou-se mais rápido, garantindo segurança aos trabalhadores, por saberem que as pessoas que estão na lista de espera, fora das salas de urgência, foram classificadas pelo enfermeiro e podem realmente esperar. Esta ação, segundo o estudo E15, pode ser fator que desperte nos usuários confiança e estímulo para adesão e manutenção da terapêutica. Este estudo também evidencia que um ambiente que produz conforto ao usuário garante melhor

resolutividade e satisfação de suas necessidades, mostrando a importância da implantação de projetos cogерidos de ambiência, sendo esse um dos ganhos do ACR.

A segunda unidade de evidência congregou os estudos no grande tema sobre as barreiras e dificuldades para a utilização das diretrizes da PNH. No que se refere a este enfrentamento, os estudos abordam questões relacionadas a articulação da rede de serviços, a estrutura e a equipe multiprofissional.

Seis estudos relataram falhas na rede de serviços como uma das principais barreiras para a utilização dos preceitos da PNH. Os estudos E01, E06 e E16 evidenciam a pouca resolutividade da atenção básica, o que se configura como uma das dificuldades para a humanização do cuidado, de acordo com a PNH, uma vez que aumenta a quantidade de atendimentos nos prontos-socorros, revelando necessidade de investimentos neste setor. Os estudos E04 e E11 acrescentam que a ausência de referência e contrarreferência prejudica o atendimento no ACR, provocando alta demanda, que resulta em aumento do tempo/resposta. Os estudos são consistentes ao afirmarem que a garantia de

acesso aos serviços é um ótimo indicador de qualidade na área da saúde.

Dentre os 13 artigos que evidenciaram dificuldades estruturais, os estudos E01, E02, E03, E04, E10, E11, E12, E13, E15 e E16 revelaram que a estrutura física inadequada é um entrave para o cuidado humanizado, pois é no ambiente que ocorre o protagonismo do usuário, no qual deve permear conforto, privacidade e respeito, com ausência de odores e sons desagradáveis, respeitando a dignidade da pessoa. Para os estudos E04, E05, E13, E14 e E16 o déficit de recursos materiais interfere no atendimento às necessidades dos usuários, comprometendo a integralidade e humanização da assistência; para tanto, o estudo E07 propõe que se faça uso de placas indicativas de sinalização de setores como ferramenta para enfrentamento da inadequação da estrutura física.

Sobre a equipe multiprofissional, os estudos, E02, E03, E07 e E09 evidenciam que os profissionais se colocam de forma autoritária, sem escuta, conforto e garantia de privacidade, reforçam ainda que a corresponsabilização e o compromisso profissional são ferramentas primordiais para a construção do cuidado humanizado. Os estudos E05, E10, E11 e E14 acrescentam que o déficit de profissionais interfere diretamente na qualidade da produção de cuidados, provocando sobrecarga de trabalho. O estudo E10 evidencia ainda que a ausência de cuidado humanizado pode estar relacionada à saúde dos profissionais devido a alta demanda, escassez de recursos, agressividade dos usuários, condições de trabalho precárias e sobrecarga laboral. Problemas de relacionamento na equipe de trabalho foram mencionados nos estudos E06, E08, E10, E12, E13 e E17 como entraves para o cuidado humanizado. O desconhecimento dos profissionais sobre a PNH foi citado como justificativa para a não humanização da assistência no estudo E07, o que indica a necessidade de educação permanente e treinamento constante. O estudo E17 apresenta o enfermeiro como protagonista na construção do cuidado humanizado à medida que ele atue como articulador da dinâmica assistencial, contudo, esta atuação é limitada em face do acúmulo de atividades relacionado ao desfalque no dimensionamento de pessoal e indefinição do papel da enfermagem no cuidado em saúde.

■ DISCUSSÃO

Humanização, conforme os preceitos da PNH, envolve a gestão compartilhada como método e dispositivo na produção de novos modos de gerir e cuidar em saúde⁽¹⁷⁾. Para além do bom trato, humanizar a assistência engloba a oferta de serviços e tecnologias, recursos humanos e ma-

teriais e infraestrutura visando um cuidado seguro com garantia de conforto e bem-estar aos usuários dos serviços de saúde, com sua participação efetiva, afinando-se com os debates internacionais sobre novas formas de se produzir saúde⁽¹⁸⁾.

Múltiplos fatores influenciam a humanização nos serviços de urgência e emergência. Observa-se que dentre os dispositivos da PNH, o ACR se destaca por ter tornado o atendimento mais ágil, seguro e justo, por meio da reorganização da assistência por nível de complexidade, ofertando tecnologias conforme as necessidades dos usuários. Além disso, nesse dispositivo o enfermeiro se destaca como protagonista do cuidado, como o mais capacitado para o exercício da função, atuando como gerente de caso, direcionando e integrando os usuários à rede de saúde⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Nesse íterim, evidenciar tal protagonismo profissional mostra condições de possibilidade de contribuição para o cuidado de enfermagem, uma vez que na oportunidade do atendimento de um dos dispositivos da PNH no exercício de sua função na prática cotidiana, o enfermeiro pode colocar em evidência o seu trabalho na interlocução com os usuários do sistema de saúde.

A mudança de lógica no atendimento que o ACR impôs na entrada dos serviços de urgência e emergência traz segurança aos profissionais, pois organiza o fluxo dos pacientes. Para tanto, tendo em vista a qualificação do cuidado em saúde e o de enfermagem em particular, é necessário ao enfermeiro domínio do conhecimento clínico e das diretrizes de encaminhamento correto dos usuários, priorizando quem precisa de atendimento emergencial, diminuindo risco de morte e sequelas⁽²⁰⁻²²⁾.

Um estudo realizado com registros de prontuários mostrou que é necessário ao ACR um adequado Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando identificar as potencialidades e dificuldades para assim capacitar os profissionais mediante metas e planos traçados. Os autores identificaram que a desorganização do fluxo, a falta de estrutura física adequada para a complexidade do cuidado, não capacitação dos profissionais em cuidados de urgência e emergência, a continuidade do atendimento por ordem de chegada e demanda superior a capacidade de atendimento, eram entraves para a concretização do cuidado humanizado. Por meio do PES elaboraram um protocolo de ACR em conjunto com os profissionais do serviço, culminando na redução da superlotação e do tempo de atendimento⁽²²⁾.

Dados importantes foram levantados em outro estudo e apontou que o ACR pressupõe conforto, educação, respeito, informação, interesse e confiança, condições estas que aumentam a satisfação do usuário do serviço⁽²³⁾.

Diversos fatores foram evidenciados como barreiras e dificuldades para a utilização dos preceitos da PNH nos serviços de urgência e emergência pelos estudos aqui analisados. Sabe-se que a articulação das redes de atenção à saúde é falha, isso ocorre em virtude da baixa resolutividade da atenção básica e da ausência de mecanismos eficientes de referência e contrarreferência⁽²⁴⁻²⁵⁾. A atenção básica é porta de entrada de todas as redes assistenciais, nelas incluída a rede de atenção às urgências e emergências, sendo responsável por ordenar, integrar, coordenar e acompanhar todo o cuidado do usuário.

Outro fator preocupante que dificulta a concretização dos preceitos da PNH é a inadequação da estrutura física dos serviços hospitalares. Segundo a PNH, o espaço físico faz parte do acolhimento hospitalar, devendo garantir conforto ao usuário⁽²⁾. Acerca deste aspecto, uma pesquisa realizada em Milão sobre conforto e humanização em setores de emergência hospitalar evidenciou o quanto o ambiente influencia na percepção dos usuários sobre o bom atendimento e seu papel no atendimento das necessidades psicofísicas e de cuidado das pessoas⁽²⁶⁾.

Corroborando, os estudos analisados mostraram os seguintes fatores estruturais inadequados: a falta de acomodação e cadeiras⁽²⁷⁾; dimensões limitadas, sem refrigeração e odor desagradável⁽²⁸⁾; falta de espaço para acolher o acompanhante⁽²⁹⁾; local para armazenamento de insumos e equipamento⁽³⁰⁾ e falta de condições de trabalho⁽³¹⁾. Os artigos citados permitem concluir que a disposição do espaço físico e adequação de recursos materiais e humanos são indispensáveis para a garantia de qualidade da assistência e segurança do paciente e do trabalhador.

Na presente revisão integrativa, os conteúdos de quatro artigos reforçaram a importância da atuação da equipe multiprofissional para o cuidado humanizado. É evidente que o trabalho em saúde é uma tecnologia leve, que envolve o processo relacional, sendo o diálogo, a interdisciplinaridade e a articulação dos saberes primordial para tornar tangível a humanização nos serviços de urgência e emergência⁽³²⁻³³⁾. Estudos evidenciam que o enfermeiro é o profissional facilitador do cuidado humanizado e multidisciplinar, assumindo a função de gerência da execução das ações de saúde⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Ao encontro dos resultados desta revisão, pesquisa realizada nos Estados Unidos da América evidenciou que a comunicação entre a equipe profissional e os pacientes produz maior satisfação, concluindo que não somente o melhor atendimento clínico é requerido, como também a eficiência operacional, fluxos de trabalho mais enxutos e ágeis, ao tempo em que seja centrado no paciente⁽³⁶⁾. Corroborando com tais resultados uma pesquisa realizada no Brasil

que evidenciou a acessibilidade, o acolhimento e a infraestrutura como fatores mais relevantes para a satisfação do paciente do que a própria cura⁽³⁷⁾.

Na Arábia Saudita um estudo prospectivo sobre preditores de satisfação do paciente em atendimento de emergência também concluiu que uma melhor interação médico-paciente e o fornecimento de informações permitem aos pacientes terem uma maior compreensão sobre seus processos de cuidado⁽³⁸⁾.

Na Itália, um estudo sobre a satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem recebidos em serviços de emergência evidenciou altos índices de satisfação geral, especialmente com o atendimento clínico de enfermagem. No entanto, os autores concluíram que faz-se necessário melhorar a comunicação com os pacientes informando sobre as situações de emergência que geram as filas de espera, além de uma maior dedicação nas orientações para os cuidados pós-alta e para ouvir suas dúvidas e necessidades, ainda que se diminua o tempo do atendimento clínico⁽³⁹⁾.

■ CONCLUSÃO

Os artigos analisados indicam a importância da incorporação dos saberes referentes à humanização na assistência em saúde. O ACR mostrou ser o dispositivo (diretriz) mais utilizado dentre os propostos pela PNH, com bons resultados. A falta de recursos estruturais, aspectos referentes ao trabalho multiprofissional e mau funcionamento das redes de atenção à saúde, com pouca resolutividade da atenção básica e ausência de um sistema de referência e contrarreferência, que acarreta superlotação nas unidades de emergência hospitalar, são barreiras à utilização deste dispositivo.

No campo da urgência e emergência, o enfermeiro pode assumir o protagonismo na efetivação da PNH, por meio do gerenciamento de casos, responsabilizando-se pela ordenação, direcionamento e integração de todos os pontos das redes de atenção, sendo este um potencial qualificador do cuidado de enfermagem pela visibilidade que dá ao trabalho do enfermeiro.

Os níveis de evidência encontrados nesta revisão são importantes para reflexões sobre o atendimento nos setores de urgência e emergência, tendo em vista a necessidade de qualificar a assistência prestada em tais setores. Nesse sentido, potencialmente, contribui-se também para a qualificação do cuidado de enfermagem, uma vez que integra as práticas de cuidado em saúde.

Os resultados desta revisão, ao encontro de outros gerados pelas pesquisas internacionais mencionadas, eviden-

ciam que a qualidade da experiência e a satisfação com o atendimento são bons indicadores de humanização e devem ser buscados em investigações e aplicados nos serviços para que seja possível ofertar os melhores cuidados aos usuários em atenção à sua saúde.

O tema da humanização aplicado no atendimento de urgência e emergência deve ser amplamente abordado nos cursos de formação profissional de enfermagem, por possibilitar atuação estratégica do enfermeiro nas equipes profissionais e junto aos usuários dos serviços de saúde.

Os limites do estudo estão circunscritos ao método, podendo ser ampliado com o descritor satisfação do usuário, para que sejam captadas publicações realizadas em países estrangeiros que possibilitem cotejamento mais ampliado com as pesquisas realizadas sobre a PNH do Brasil.

■ REFERÊNCIAS

- Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Esc Anna Nery* 2011;15(2):306-13. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200013>.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de Formação em Saúde do Trabalhador. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011[citado 2017 jul 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_formacao_saude_trabalhador.pdf.
- Michelan VCA, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):372-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>.
- Holanda FL, Castagnari MC, Cunha ICKO. Construction of a Professional Competency Matrix of the nurse in emergency services. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):373-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400062>.
- Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev Eletr Enf*. 2010 [citado 2018 Jul 09];12(4):736-45. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>.
- Souza JD, Pessoa-Júnior JM, Miranda FAN. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Rev Enf Ref*. 2017;14(12):107-16. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV16064>.
- Paixão TCR, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Nursing staff sizing in the emergency room of a university hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [citado 2018 Jul 09];49(3):481-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300017>.
- Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Association between reception with risk classification, clinical outcome and the Mews Score. *REME Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1077. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180007>.
- Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI. Impact of the implementation of patient engagement with risk classification for professional work of one urgent care unit. *REME Rev Min Enferm*. 2013;17(1):149-65. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130013>.
- Araujo YB, Ferreira LBA, Santos CM, Silva ATMF, Gomes MSM. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. *Persp Online: Biol Saúde*. 2014;15(4):25-49. doi: <https://doi.org/10.25242/88684152014566>.
- Loro MM, Zeitoune RCG, Guido LA, Silveira CR, Silva RM. Revealing risk situations in the contexto of nursing work at urgency and emergency services. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4):e20160086. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160086>.
- Araújo MPS, Quental LLC, Medeiros SM. Working conditions: feelings of the staff and precariousness of nursing work. *Rev Enferm UFPE online*. 2016 [cited 2017 Jul 29];10(8):2906-14. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11359>.
- Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>.
- Whittemore R, Knafik K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
- Fujita MSL, Rubi MP. Um modelo de leitura documentária para a indexação de artigos científicos: princípios de elaboração e uso para a formação de indexadores. *DGZ Rev Ci Inf*. 2006 [citado 2017 jul 20];7(2):1-19. Disponível em: <http://www.brapi.inf.br/index.php/article/download/7561>.
- Maculam BCMS, Lima GAB. O. Modelo para análise conceitual de teses e dissertações com vistas à criação de taxonomia facetada. *Inf Soc: Est*. 2011 [citado 2017 jul 20];21(3):41-54. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/9582>.
- Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface*. 2017;21(60):13-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>.
- Silva RN, Freitas FDS, Araujo FP, Ferreira MA. A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing. *Int Nurs Rev*. 2016;63(4):572-9. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12331>.
- Prudêncio CPG, Monteiro RAN, Ribeiro BCM, Gomes MSM, Manhães LSP. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(2):1-10. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i2.14917>.
- Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Rev Eletr Enf*. 2011;13(4):597-603. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v13i4.11812>.
- Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2011 [citado 2017 jul 29];19(1):84-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>.
- Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implementação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletr Enf*. 2011;13(4):648-56. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v13i4.10182>.
- Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in na adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):427-33. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>.
- Maciak I, Sandri JVA, Spier FD. Humanização da assistência de enfermagem em unidade de emergência: percepção do usuário. *Cogitare Enferm*. 2009;14(1):27-35. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v14i1.14269>.
- Bellucci Junior JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya PS, Vidor RC, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. *Rev Enferm UERJ*. 2015 [citado 2017 jul 29];23(1):82-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a14.pdf>.

26. Buffoli M, Bellini E, Dell'Ovo M, Gola M, Nachiero D, Rebecchi A, Capolongo S. Humanization and soft qualities in emergency rooms. *Ann Ist Super Sanita*. 2016;52(1):40-7. doi: https://doi.org/10.4415/ANN_16_01_09.
27. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enf*. 2009 [citado 2017 jul 29];11(1):151-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>.
28. Barros SDOL, Queiroz JC, Melo RM. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam essa prática. *Rev Enferm UERJ*. 2010 [citado 2017 Jul 29];18(4):598-603. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a16.pdf>.
29. Inoue KC, Murasaki ACY, Bellucci Júnior JA, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. *REME Rev Min Enferm*. 2015;19(1):13-20. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150002>.
30. Dantas RAN, Torres GV, Salvetti MG, Dantas DV, Mendonça AEO. Instrument for assessing the quality of mobile emergency pre-hospital care: conteúdo validation. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):381-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000300004>.
31. Grimberg SKCR, Sousa EF, Assis CM, Guimarães DA, Nóbrega JAS. Entraves no acolhimento por enfermeiros em um hospital público. *R Bras Ci. Saúde*. 2015;19(4):299-306. doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.04.07>.
32. Santana JCB, Silva RCL, Souza VAG, Graças APRM, Oliveira MM, Tálamo CP. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. *R Pesq: Cuid Fundam online*. 2012;4(4):2744-54. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i4.2744-2754>.
33. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *REME Rev Min Enferm*. 2012 [citado 2017 Jul 29];16(3):419-28. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/545>.
34. Cavalcante AKCB, Damasceno CAF, Miranda MDS. Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros. *Rev Baiana Enferm*. 2013 [citado 2017 jul 29];27(3):221-33. Disponível em: <https://portal-seer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8318>.
35. Buriola AA, Kantorski LP, Sales CA, Matsuda LM. Nursing practice at a psychiatric emergency service: evaluation using fourth generation assessment. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e4540014. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720160004540014>.
36. Shah S, Patel A, Rumoro DP, Hohmann S, Fullam F. Managing patient expectations at emergency department triage. *PXJ: Patient Experience Journal*. 2015 [cited 2018 Jul 20];2(2):31-44. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol2/iss2/6>.
37. Lima CA, Santos BTP, Andrade DLB, Barbosa FA, Costa FM, Carneiro JA. Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. *Einstein (São Paulo)*. 2015;13(4):587-93. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3347>.
38. Abolfotouh MA, Al-Assiri MH, Alshahrani RT, Almutairi ZM, Hijazi RA, Alaskar AS. Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emerg Med J*. 2017;34:27-33. doi: <https://doi.org/10.1136/emermed-2015-204954>.
39. Messina G, Vencia F, Mecheroni S, Dionisi S, Baragatti L, Nante N. Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Glob J Health Sci*. 2015;7(4):30-9. doi: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>.

■ **Autor correspondente:**

Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa
E-mail: kayohenriquejardel@hotmail.com

Recebido: 10.08.2018
Aprovado: 30.11.2018