

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MIRTES DA SILVA ANDRADE RIBEIRO

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE FLUXOS ASSISTENCIAIS DE EMERGÊNCIA À LUZ
DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MIRTES DA SILVA ANDRADE RIBEIRO

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE FLUXOS ASSISTENCIAIS DE EMERGÊNCIA À LUZ
DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc Sabrina Guterres da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CONSTRUÇÃO COLETIVA DE FLUXOS EMERGÊNCIAS À LUZ DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO** de autoria da aluna **MIRTES DA SILVA ANDRADE RIBEIRO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Msc. Sabrina Guterres da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Aos meus colegas de trabalho do HUERB, que muito contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

A minha Diretora Helyadia Prudêncio da Silva que nessa caminhada na gestão é um exemplo de vida e
dedicação junto a nossa família HUERB.

Ao meu esposo Radamés Ribeiro pelo carinho e sempre uma palavra de conforto nos momentos difíceis.

Ao meu filho Harison Ribeiro que é a minha fonte de inspiração e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso bom e misericordioso Deus que é o meu refúgio e meu baluarte, que sem ele não somos nada e que nos permite viver a cada dia.

A minha Professora Sabrina Guterres da Silva, que com sua habilidade, competência, disponibilidade, acreditou no meu potencial e me conduziu nesta caminhada do conhecimento.

Aos meus Tutores do Curso de Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência, da Universidade Federal de Santa Catarina, que largaram seus familiares e percorreram longas distancias do Sul para o Norte, a fim de compartilharem seus conhecimentos e orientações ao longo dessa caminhada.

A minha amiga Elza Fernanda em mais uma caminhada ao conhecimento no qual compartilhamos os trabalhos e as horas de dedicação nesse processo de aprendizagem.

A banca examinadora, que com presteza e dedicação aceitou compartilhar na construção de mais um degrau ao conhecimento.

A Coordenação do Curso e os demais profissionais que se dedicaram a nos conduzir sempre prontos e cordiais em atender as nossas necessidades.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	06
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS.....	12
APÊNDICES E ANEXOS	13

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Foto da Oficina no Auditório do COREN. Rio Branco/Acre, 2014.....	07
Figura 2. Fluxo assistencial de Emergência construído à luz da Política Nacional de humanização. Rio Branco/Acre, 2014.....	10

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Problemas identificados e ações planejadas na porta de entrada do HUERB. Rio Branco/Acre, 2014.....	10
---	-----------

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção em que o produto é um recurso tecnológico, considerado uma tecnologia de cuidado e administração. O cenário de desenvolvimento foi o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) localizado no município de Rio Branco/Acre. O objetivo traçado foi “Construir coletivamente com a equipe de saúde do HUERB fluxos de atendimento durante o processo de implantação do programa SOS Emergência à luz da Política de Humanização do SUS”. Durante o processo de implantação do SOS Emergência foram definidos oito eixos principais onde cada eixo representa uma problemática. Os eixos estabelecidos foram: 1) Entrada, 2) Fluxos, 3) Processos tecnológicos, 4) Recursos humanos, 5) Processos linha de cuidado, 6) Saída: alta hospitalar, 7) Saída: referência e contra referência, 8) Porta de Saída. Neste projeto de intervenção foi trabalhado com o primeiro eixo: Porta de entrada hospitalar de urgência e emergência. Primeiramente foi feito um levantamento de problemas e pactuado ações na porta de entrada da emergência. Posteriormente a partir de reuniões coletivas que envolveram representantes de diversos setores do hospital, bem como do Ministério da Saúde, foi construído um fluxo de atendimento emergencial. Com a implantação deste fluxo, espera-se diminuir a superlotação e filas no HUERB, menor tempo de permanência dos pacientes nas urgências, agilidade na realização de exames e internações, atendimento priorizado por critério de risco, humanizado e com acolhimento em todas as situações, e melhoria da ambiência para um melhor atendimento ao nosso usuário e melhor ambiente de trabalho aos trabalhadores do SUS.

Palavras chave: Emergência, Cuidado humanizado, Fluxos assistenciais.

1 INTRODUÇÃO

A escolha da temática deste projeto de intervenção teve início durante o segundo módulo do Curso de Especialização em Linha de Cuidado Enfermagem, o qual foi elaborado por Martini e Verdi (2013) e abordou a Política Nacional da Humanização em Saúde. Naquele momento refleti sobre o meu papel enquanto profissional de saúde no ambiente de trabalho, sobre os aspectos conceituais que envolvem a humanização como aposta ético-política e seus dispositivos como desafio de transformação das práticas na produção de saúde.

Sou enfermeira e há quatro anos atuo como Representante Técnica da Enfermagem, do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB), e esta Especialização trouxe um empoderamento para um melhor desempenho frente às adversidades em que tenho encontrado nos processos de trabalho junto a equipe de enfermagem desta instituição.

Os serviços de Urgências e Emergência constituem importantes componentes da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda por esses atendimentos, devido principalmente ao aumento no número de acidentes e violência urbana (SOUZA et al 2011). Assim sendo, os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos (BRASIL, 2006).

As urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS (BRASIL, 2006). Com esta crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de circulação desordenada dos usuários nas portas do Pronto Socorro do HUERB. Assim, surgiu a necessidade da criação de estratégias para reorganização do atendimento, considerando uma sequência lógica e ordenada de passos, capaz de auxiliar a rotatividade e resolutividade e organizar o processo de trabalho dentro dos setores de urgência e emergência do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco.

Contudo, o desafio de mudança nas práticas de saúde requer a utilização de métodos que guiem e deem suporte a este intento, sem o qual mudanças mais substantivas terão dificuldades de serem implementadas e sustentadas. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização, propõe como método a inclusão de sujeitos, coletivos e a perturbação que estas inclusões produzem nos

processos de gestão. Assim, mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro (PASCHE ET AL 2006).

Essa produção de saúde compartilhada entre sujeitos é definida por Pasche (2005) como gestão participativa, a qual é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho.

Nesta vertente, visando atender as necessidades das Unidades de Urgências e Emergências, foi lançado recentemente pelo Ministério da Saúde, o programa SOS Emergências, o qual é uma ação estratégica prioritária para qualificação do Componente de Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, são objetivos do programa SOS Emergências, apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico- assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde.

O Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco/Acre é um dos hospitais no qual está sendo implantado o programa do SOS Emergência e durante sua estruturação, surgiram os seguintes questionamentos: Ao chegar à unidade a quem/para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo? Qual o caminho que o usuário faz dentro da unidade até ser atendido? O processo de trabalho está organizado de forma a possibilitar o acolhimento de forma humanizada?

Diante desta contextualização e visando responder esses questionamentos, o objetivo traçado para esse projeto de intervenção foi: Construir coletivamente com a equipe de saúde do HUERB fluxos de atendimento durante o processo de implantação do programa SOS Emergência à luz da Política de Humanização do SUS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco/Acre: aspectos históricos

Em 1950 o serviço público de saúde do Território Federal do Acre passa ampliações, o aumento das doenças transmissíveis como: a tuberculose, a lepra, a malária, a doença de Chagas, também de alta ocorrência; a leishmaniose, que “perturba a fase mais produtiva de nossos trabalhadores”; as verminoses; a esquistossomose, fruto da “ignorância”, má alimentação e inexistência de redes de esgotos (OLIVEIRA, 1956).

Em uma solenidade de 07 de Outubro de 1956 foi inaugurado o serviço de Pronto Socorro em Rio Branco “Hospital Oswaldo Cruz” com capacidade de 60 leitos. Porém seu funcionamento só ocorreu em janeiro de 1957 com a seguinte organização: Clínica ortopédica, clínica oftalmológica, clínica Cirúrgica, setor de RX, lavanderia e cozinha elétrica, com geração própria de energia (ARQUIVO MUSEU DA BORRACHA, 1957).

Com desenvolvimento do Estado do Acre, surge necessidade de reformas e aparelhamento, contudo, o até então Hospital Oswaldo Cruz é renomeado várias vezes, até a personalidade jurídica de Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco (KLEIN, 2010).

Considerando, que o progresso o desenvolvimento econômico e social trazem novas oportunidades, com estas surgem novas patologias, novos modelos de acidentes, surtos e viroses. Considerando o aumento bastante considerável do fluxo de pessoas, sejam pelas vias públicas, ruas, avenidas e rodovias, via aérea e tem ainda as vias fluviais. As serrarias são as campeãs na produção de mutilados, principalmente pelo despreparo do operário com as máquinas, por conseguinte torna-se esta Unidade de Saúde, o ponto de referência hospitalar no Estado do Acre (KLEIN, 2010).

Na atualidade, esta Unidade de Saúde oferece diversas especialidades na área da saúde, considerando que a qualificação dos profissionais das mais diversas áreas da medicina e saúde é condição indispensável para contemplar a qualidade do atendimento, onde e quando a humanização é prioridade (PDUS, 2009).

Dispomos hoje, 204 (duzentos e quatro) leitos distribuídos entre leitos de internação, observação e emergência e serviços como: Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Unidade de Queimados, Enfermarias para acompanhamento de pacientes politraumatizados,

pacientes com problemas clínicos de várias patologias, Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Raios-X, Endoscopia, Ressonância Magnética, Unidade de Hemotransfusão, Ortopedia e Traumatologia. (PDUS, 2009)

2.2 Política Nacional de humanização

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas (BRASIL, 2004).

2.3 Programa SOS Emergência

O Ministério da Saúde através da Portaria 2048/02, dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência e a Portaria Nº 1.663/12 que dispõe sobre o Programa **SOS Emergências** no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Em organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e regulamenta o seu funcionamento com os seguintes objetivos:

Organizar o fluxo de atendimento, a fim de garantir a retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade como: procedimentos diagnósticos; leitos clínicos e cirúrgicos, de terapia intensiva e de longa permanência para a rede de atenção de urgência;

Garantir a assistência hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia) em articulação com os demais pontos de atenção.

Assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

Este Projeto faz parceria com hospitais de excelência, como Albert Einstein, Oswaldo Cruz, Samaritano e Sírio Libanês, por exemplo, que têm como objetivo promover o enfrentamento das

principais necessidades desses hospitais, melhorar a gestão, qualificar e ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência, reduzir o tempo de espera e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento.

3 MÉTODO

Trata-se de um projeto de intervenção em que o produto é um recurso tecnológico, considerado uma tecnologia de cuidado e administração.

A reorganização administrativa de uma instituição pública ou privada pode apresentar, numa visão micro, uma série de propostas para diversas áreas e que visem tão-somente otimizar fluxos e procedimentos e criar novas rotinas. Propostas de novos fluxos, estudos e procedimentos e rotinas mais eficientes e eficazes (THIOLLENT, 1992).

3.1 Cenário

O cenário deste projeto foi o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB. A Unidade é classificada e registrada no Ministério da Saúde como Hospital de Urgência e Emergência, sendo referência para todos os municípios do estado do Acre, atendendo a população dos municípios dos estados de Rondônia e Amazonas que fazem fronteira com o Acre e ainda os países vizinhos como Peru e Bolívia.

A porta de entrada hospitalar de urgência e emergência se constitui com serviços instalados para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas e de saúde mental.

3.2 Tecnologia de Cuidado e Administração

O Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco iniciou uma parceria com o Ministério da Saúde em outubro de 2013 através da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Acre, por ser um hospital de referência da região norte de média e alta complexidade e que atendia os requisitos do Projeto SOS Emergência.

Durante o período de novembro e dezembro de 2013 os encontros foram feitos com Secretaria Estadual de Saúde e a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência.

Nos dias 09 e 10 de março de dois mil e quatorze, foi realizado uma oficina de Elaboração de Diagnóstico e Plano de Ação, no qual foi administrado por técnicos do Ministério da Saúde. Este foi o primeiro encontro da equipe desta unidade hospitalar no qual fizeram partes todos os

gerentes de cada unidade como: Serviço de ortopedia, traumatologia, emergência clínica, serviço de regulação interna do hospital, serviço de vigilância epidemiológica, serviço social, de enfermagem, radio imagem, acolhimento e classificação, serviço de nutrição e dietética, serviço de manutenção, lavanderia, serviço de prontuário ao paciente, saúde mental, núcleo de trabalhador, Unidade de Terapia Intensiva, centro cirúrgico e central de material esterilizado, CCIH e área administrativa, cada um desses seguimentos representados nesta oficina faz parte de uma das ações de implantação do projeto SOS Emergência do Ministério da Saúde.

Ao final do segundo dia da oficina foi elaborado um plano de ação no qual todos os membros divididos em equipe teria um prazo para trabalhar as demandas apresentadas com encontros semanais e durante estes encontros deveriam ser apresentado as tecnologia de cuidado e administração construída durante esses trabalhos que são os fluxos de atendimento durante o processo de implantação do programa SOS Emergência embasado na Política de Humanização do SUS.

Figura 1. Foto da Oficina no Auditório do COREN. Rio Branco/Acre, 2014.



3.3 Aspectos Éticos

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Durante o processo de implantação do SOS Emergência foram definidos oito eixos principais onde cada eixo representa uma problemática. Os eixos estabelecidos foram: 1) Entrada, 2) Fluxos, 3) Processos tecnológicos, 4) Recursos humanos, 5) Processos linha de cuidado, 6) Saída: alta hospitalar, 7) Saída: referência e contra referência, 8) Porta de Saída.

Durante esse projeto de intervenção foi trabalhado com o primeiro eixo “Porta de entrada hospitalar de urgência e emergência”, na qual se constituem os serviços instalados para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas e de saúde mental.

Primeiramente foi realizado a identificação dos problemas para então traçar estratégias e construir o fluxo de atendimento. Essa etapa de construção pode ser visualizada no quadro 1.

Quadro 1. Problemas identificados e ações planejadas na porta de entrada do HUERB. Rio Branco/Acre, 2014.

EIXO – ENTRADA:	
PROBLEMAS: ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO INEFICAZ.	META:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Várias entradas eletivas no pronto Socorro, tendo uma aglomeração nos corredores desta unidade; 2. Repactuar Fluxos de referência e contra referência da UPA 24 horas e Unidade Básica de Saúde; 3. Definição clara do papel na Rede de Assistência à Saúde; 4. Garantir homogeneidade do cuidado através da linha do Cuidado ao Paciente; 5. Pactuar fluxos de admissão entre a APH e Pronto Socorro; 6. Conhecer e otimizar os tempos da entrada do paciente; 7. Falta de qualificação das equipes de o Acolhimento e padronizar a Classificação de Risco conforme preconiza a Política Nacional de Humanização; 8. Ausências de fluxos da entrada do paciente no primeiro atendimento 9. Como o paciente percorre dentro do hospital a quem ele se dirige e as unidades que deverá ser encaminhado; 10. Falta de sinalização para direcionar os pacientes e acompanhantes. 	<p>IMPLEMENTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME A PNH.</p>
AÇÃO	DESDOBRAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar uma campanha de conscientização do uso apropriado dos recursos de RAS; 2. Conhecer perfil da demanda do Pronto Socorro; 3. Conhecer e otimizar os fluxos de entradas do Pronto Socorro; 4. Melhorar a ambiência do Pronto Socorro; 5. Definir protocolo de classificação de risco. 6. Elaborar um plano de implantação ou melhoria do protocolo escolhido. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Realizar uma campanha utilizando recursos áudio visual como: mídia, banner, panfletos sobre qual é o verdadeiro papel da unidade de urgência e emergência a população; 1.2 Acolhimento como instrumento de informação e "marketing". 2.1 Registros da procedência (demográfico) na ficha de Classificação de risco; 2.2 Criar uma ficha de registro no momento da admissão; 2.3 Realizar uma amostragem inicial;

7. Monitorar resultados da implementação do ACCR	2.4 Sensibilizar a equipe de enfermagem para preencher a ficha de registro do paciente no momento da classificação até a saída do paciente; 3.1 mapear fluxos existentes; Identificar nós críticos atuais; Definir um novo fluxo e pactuar com equipe. 5.1 Discussões no Núcleo de Acesso de Qualidade Hospitalar das vantagens e desvantagens dos diferentes protocolos de ACCR. 6.1 Dimensionamentos do pessoal de enfermagem; Mapeamento do pessoal a ser treinado (capacitado): divulgação e sensibilização da equipe do OS; Pactuar fluxos e responsabilidades por cores (UPAS, UBS).
<p>ATORES: Todos os profissionais envolvidos que fazem parte deste processo: Núcleo de regulação interna, NAQH, SAMU, Coordenações Médicas, Coordenação de enfermagem, Tecnologia da Informação, Técnicos do Ministério da saúde, HCOR, Coordenação de multiprofissionais, Secretaria Municipal de Saúde, Upas e Secretaria Estadual de Saúde.</p>	
<p>PRAZO: Os trabalhos de construção das tecnologias de cuidados fluxos começaram a partir da oficina em março do correte ano e estamos em fase de construção dos demais fluxos.</p>	

Após identificação desses problemas e pactuação de metas, iniciou-se o processo de produção de novos fluxos, onde tivemos vários encontros semanais por motivo dos nossos prazos estarem terminando. Nossos encontros foram com os profissionais envolvidos nesta ação conforme plano de ação descrito como: Direção Geral, Administrativa e Atenção a Saúde, os Gerentes de cada unidade, Farmácia, SAME, Regulação interna e Regulação SAMU, Enfermagem, Clínica, Cirúrgica, UTI, Laboratório, Radiologia, Ortopedia, Acolhimento, Serviços Gerais, Vigilância Epidemiológica, Serviço Social, Fisioterapia, representante da Secretaria Estadual de Saúde e membros do Ministério da Saúde. Onde elaboramos um plano de ação através de levantamento diagnósticos dos “nós” críticos encontrados em nossa instituição. Como: Porta de Entrada de Urgência e Emergência, Fluxos e processos de trabalho, Fluxo de saída através de protocolos de alta hospitalar.

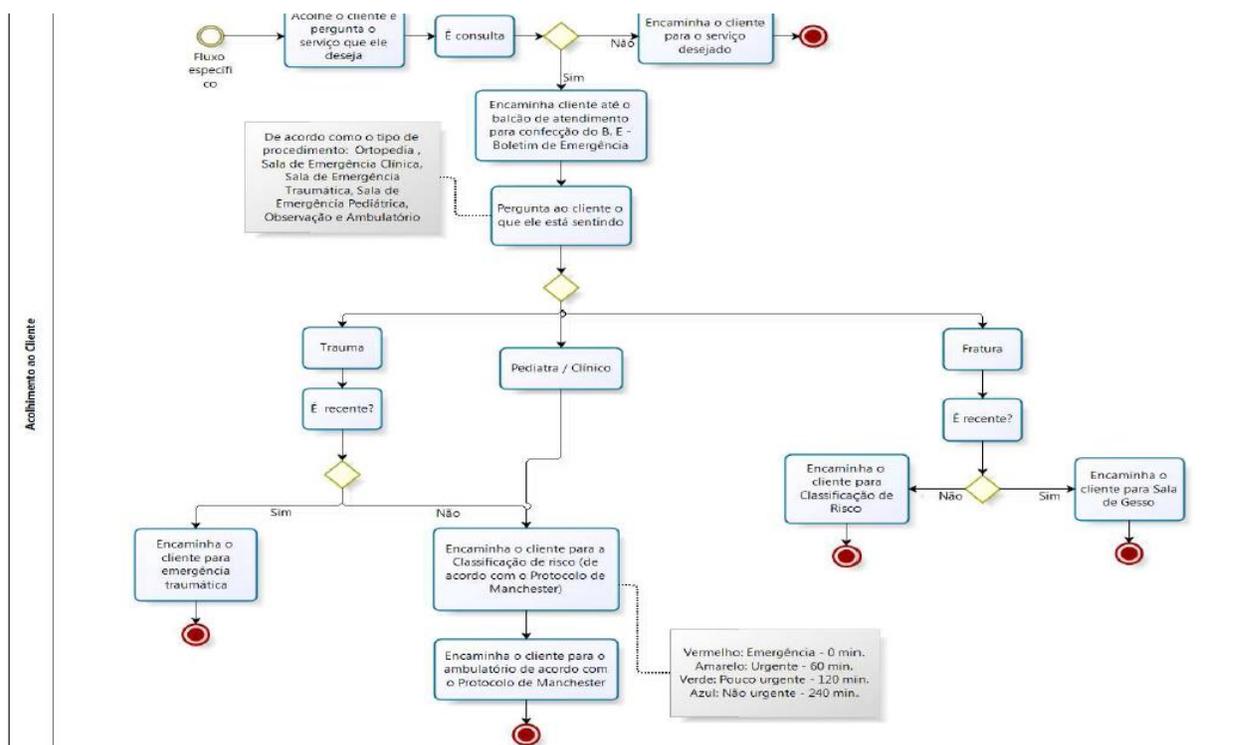
Dentre os problemas levantados: O Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco/Acre é um dos hospitais no qual está sendo implantado o programa do SOS Emergência qual é uma ação estratégica prioritária para qualificação do Componente de Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2012).

Durante sua estruturação, surgiram os seguintes questionamentos: Ao chegar à unidade a quem/para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo? Qual o caminho que o usuário faz dentro da unidade até ser atendido? O processo de trabalho está organizado de forma a possibilitar o acolhimento de forma humanizada?

A partir desses questionamentos e do levantamento de problemas apresentados no quadro 1 foi construído juntamente com a equipe acima citada, um fluxo de atendimento de emergência no HUERB.

Esse fluxo pode ser visualizado na figura 1 e em melhor detalhes em APÊNDICE A.

Figura 2: Fluxo assistencial de Emergência construído à luz da Política Nacional de humanização. Rio Branco/Acre, 2014.



Como o Plano de Ação tem uma programação extensa estamos em andamento no caminho desta construção que irá trazer benefícios a nossa população e ao cuidado com qualidade ao nosso paciente de forma humanizada.

Essa visão holística favorece o processo de humanização influenciando os profissionais, os usuários e as relações entre eles. Portanto Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação deste projeto de intervenção no Hospital de Urgência e Emergência, esperamos diminuir a superlotação e filas, menor tempo de permanência dos pacientes na urgência, agilidade na realização de exames e internações, atendimento priorizado por critério de risco, humanizado e com acolhimento em todas as situações, e oferta de condições adequadas à luz da política de Humanização e com melhoria da ambiência para um melhor atendimento ao nosso usuário e melhor ambiente de trabalho aos trabalhadores do SUS.

Sendo assim, o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB percebeu durante a Oficina do SOS Emergência que existia uma insuficiência de vínculos solidários entre trabalhadores e clientes, o que dificultava a comunicação e o atendimento qualificado/resolutivo entre eles. O que levou a construção de tecnologia do cuidado através do fluxo de entrada e a implementação do Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco de acordo com a Política de Humanização do SUS.

Este momento nos oportuniza a realizar uma construção e compartilhamento saberes com postura ética – política e estética de todos os atores envolvidos neste processo da implantação da Política de Humanização que venha responde as indagações, ora no início formuladas. Para que a nossa escuta ao cidadão seja qualificada a fim de prestar um atendimento com resolutividade e com responsabilidade para o nosso paciente/cliente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Editora MS, 2008 Disponível: :
<http://www.agencia.ac.gov.br/noticias/acre/huerb-participa-de-qualificacao-para-atendimento-aos-usuarios>

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, DF; 2004.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.663, de 6 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília, DF: 2012.

BRASIL. **Regulação Médica das Urgências**. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf Acesso em 14.05.14

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008^a

MARTINI, J.G; VERDI, M. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Política de redes na atenção à saúde**. Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013. Disponível em:
https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/5953/mod_resource/content/8/Modulo2_Integrador.pdf Acesso em 14.05.14

KLEIN, E. P. **As Relações Intergovernamentais na implantação da Política de Saúde no Estado do Acre de 1990 a 2008**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. 2010

OLIVEIRA, J. K. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1956. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1956.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, [s.l.], v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PASCHE, D.F. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, D. F; CRUZ, I.B.M (org.). Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos. Ijuí: Unijui, 2005.

PINTO, J. B. G. Pesquisa-Ação: Detalhamento de sua sequência metodológica. Recife, 1989, Mimeo.

SOUZA, C.C. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.19 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100005&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 14.05.14

SILVA, E. L; MENEZES, E. M.. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3a edição revisada e atualizada. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Laboratório de Ensino a Distância. 2001. 121 páginas.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo, Cortez, 1992.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

_____Território Federal de Acre, Arquivo do Museu da Borracha- Acre no item: Id.01.01.1957.

_____Plano de Desenvolvimento das Unidades de Saúde – PDUS: Secretaria Estadual de Saúde- Acre, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A. Fluxo assistencial de Emergência construído à luz da Política Nacional de humanização. Rio Branco/Acre, 2014.

