

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA.

ROBSON DA SILVA NEITZKE

A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE AS ORIENTAÇÕES FORNECIDAS  
NA RECEPÇÃO DE UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO DO ESTADO DE  
SANTA CATARINA

JOINVILLE

2016

2016	Robson Neitzke	<p>A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBREAS ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA RECEPÇÃO DE UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO DE SANTA CATARINA</p>	IFSC
------	----------------	--	------

ROBSON DA SILVA NEITZKE

A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE AS ORIENTAÇÕES  
FORNECIDAS NA RECEPÇÃO DE UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA

Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de  
obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Jaqueline Vicentin Patel Gabardo.

Co-orientador: Francis Renata Pimentel Gonçalves

JOINVILLE

2016

Neitzke, Robson da Silva

A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBREAS ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA RECEPÇÃO DE UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA/ Robson da Silva Neitzke – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. 51p.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Jaqueline Vicentin Patel Gabardo.

1.Gestão em Saúde. 2.Pronto Socorro.3.Humanização. 4.Acolhimento.

A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE AS ORIENTAÇÕES  
FORNECIDAS NA RECEPÇÃO DE UM PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO DO  
ESTADO DE SANTA CATARINA

ROBSON DA SILVA NEITZKE

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 26 de Junho de 2016.

Banca Examinadora:

---

Prof. Jaqueline Vicentin Patel Gabardo  
Orientador

---

Prof. Marcia BetKohls  
Avaliador

---

Prof. Francis Renata Pimentel Gonçalves  
Avaliador

## **AGRADECIMENTOS**

Em gratidão plena a Deus, por ter me concedido forças, coragem, discernimento e aptidão para superar todos os desafios impostos nesses três anos de caminhada. Agradeço a todos que estiveram comigo nesta jornada e que me apoiaram Familiares e amigos. Aos mestres que me transmitiram conhecimento ao decorrer deste curso, em especial as Orientadoras Jaqueline Vicentin Patêl Gabardo e Francis Renata Pimentel Gonçalves, pela dedicação, paciência e competência. À todos que me ajudaram de alguma forma na execução deste trabalho.

*“Acorde, Faça Reflexões olhe-se no espelho, veja quem és tenha atitudes educadas, meça as palavras, escute as crianças, adultos sejais honesto com tudo, ajuda a quem mais precisa, mas que você sejais inteligente, criativo e batalhador ao extremo, persista, motiva-se, cante canções, mostre o quanto é grande o seu valor para sua família, o quanto gosta de que serás um vencedor dos seus vícios, de seu ego. Ama-se a Deus, o quanto és importante. Você és ou não és um vencedor, Conquiste seu subconsciente e o consciente agira da melhor forma, Então com a calma a vida será eterna.”*

*AdolarNeitzke.*

## RESUMO

O atendimento de qualidade deveria ser a missão de toda organização de Saúde (GIORDANI, 2008). O presente estudo foi desenvolvido em um Pronto Socorro Pediátrico de uma instituição do estado de Santa Catarina, motivado a partir do estágio obrigatório do acadêmico do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar que oportunizou a elaboração do trabalho de conclusão de curso. Objetivou-se identificar como os familiares percebem o acolhimento realizado pelos profissionais da recepção de um Pronto Socorro de um hospital pediátrico, utilizando como metodologia uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa (pesquisa-ação). Com a execução deste estudo foi possível relatar como é realizado o acolhimento na recepção do Pronto Socorro, avaliar a percepção dos familiares após a orientação fornecida durante o atendimento prestado e propor modificações na rotina do acolhimento. Durante o período da análise verificou-se a percepção dos familiares a respeito da orientação e a necessidade da padronização dessa prática pela equipe da recepção para que todos os colaboradores possam realizar as orientações em período integral tornando o processo eficaz.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Pronto Socorro. Humanização. Acolhimento.

## **ABSTRACT**

The quality of care should be the mission of every health organization (GIORDANI, 2008). The present study was developed in a Pediatric Emergency Room of an institution in the state of Santa Catarina, motivated from the compulsory training of the academic of the Superior Course. The purpose of this study was to identify how the family members perceive the reception by the professionals of receiving a first aid from a pediatric hospital using an exploratory qualitative approach methodology (research-action). With the accomplishment of this study it was possible to report how the reception in the emergency room is received, to evaluate the perception of the family after the orientation provided during the reception provided and to propose modifications in the routine of the host. During the period of the analysis the perception was verified of the family members about the orientation and the need of the standardization of this practice by the reception team so that all the employees can carry out the orientation in a full time, making the process effective.

**Keywords:**Health Management. Emergency Room.Humanization.Reception.

## **LISTA DE SIGLAS**

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PNH – Política Nacional de Humanização.

SC – Santa Catarina.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

PSP – Pronto Socorro Pediátrico.

PA – Pronto Atendimento.

AMUNESC – Associação dos municípios do Nordeste do Estado de Santa Catarina.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Ciclo PDCA.....	28
TABELA 1 – Quadro de Funcionários da Recepção.....	33
FLUXOGRAMA 1– Rotinas de Atendimento da Recepção.....	34
GRÁFICO 1 – Sexo dos familiares participantes da pesquisa de satisfação.....	37
GRÁFICO 2 – Faixa etária dos familiares participantes da pesquisa de satisfação.....	38
GRAFICO 3 – Avaliação das orientações recebidas pelos familiares durante o acolhimento.....	39
GRÁFICO 4 – Avaliação dos familiares quanto à qualidade da informação.....	39
GRÁFICO 5 – Conhecimento dos familiares sobre Manchester antes da orientação.....	40
GRÁFICO 6 – Grau de satisfação com a orientação recebida durante o acolhimento na recepção.....	40

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1. Justificativa .....	20
1.2. Problema de Pesquisa .....	20
1.3. Objetivos Gerais .....	20
1.4. Objetivos Específicos .....	20
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
2.1 Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Humanização .....	21
2.1.1 Acolhimento .....	22
2.1.2 Escuta Qualificada .....	23
2.2 Pronto Socorro .....	25
2.2.1 Particularidades do Pronto Socorro Pediátrico. ....	26
2.3 Qualidade .....	27
2.4 Ferramentas de Qualidade .....	27
2.4.1 PDCA .....	28
2.4.2 GUT, Ishikawa, Plano de Ação. ....	28
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	31
3.1 Tipo de Pesquisa .....	31
3.2 Ambiente da pesquisa .....	31
3.3 Coletas de dados .....	32
3.4 Análise de dados .....	32
<b>4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b> .....	33
4.1 Caracterização da Recepção do Pronto Socorro do Hospital Pediátrico. ...	33
4.2 Rotina de atendimento da Unidade do Pronto Socorro do Hospital Pediátrico de Santa Catarina. ....	34
4.3 A importância do Acolhimento e Orientação na recepção. ....	35
4.4 Ferramenta Gerencial em Prol do Acolhimento. ....	35
4.5 Fase Plan: Identificação dos Problemas .....	35
4.5.1 Fase Do: Aplicação do Plano de Ação .....	36
4.5.2 Fase Check: Verificação do Atingimento de Meta .....	37
4.5.3 Fase Action: Padronização e Treinamento no Sucesso. ....	41
<b>5. CONCLUSÕES</b> .....	42
REFERÊNCIAS .....	44
Apêndice .....	49

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo destaca aspectos pertinentes às práticas de gerenciamento dos processos que foram observados durante realização do estágio obrigatório no Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital do estado de Santa Catarina. Durante a observação identificou-se a necessidade de modificações no processo de trabalho dos usuários na recepção da instituição, possibilitando a melhoria da qualidade do atendimento com foco na humanização na realização de orientações no momento do acolhimento. Merhy (2007, pag.38) define o acolhimento como “uma relação humanizada, acolhedora que os trabalhadores de um serviço com um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários”.

Durante o período de estágio percebeu-se que a demanda de atendimento aumentava ocasionalmente, de acordo com a sazonalidade e que esse fator comprometia o tempo de atendimento gerando irritabilidade, angústia e alguns conflitos entre os familiares e os funcionários. Observando que os familiares apresentavam as mesmas dúvidas considerou como hipótese a suposta relação dessa problemática com a falta de orientação no momento do acolhimento, devido a falta de informação sobre o motivo da demora do atendimento, a classificação de risco Manchester, esclarecimento sobre os motivos que ocasionam aumento do fluxo de atendimento, a presença de pediatras em outros níveis de atendimento.

A partir desses relatos foi elaborada juntamente com a coordenação do setor uma proposta de melhoria do processo de trabalho da recepção através do fornecimento de informações no momento do acolhimento, porém essa modificação não foi padronizada não ocorrendo sempre que necessário. Identificam-se dificuldades comuns em serviços de saúde como falta de padronização. Colaborando com Vieira (2010) que destaca os desafios na orientação de novos funcionários, ou outros profissionais que por algum motivo encontram-se no setor, e por muitas vezes ausência de uma fonte de informação ou orientação sobre as rotinas, ressalta que uma instituição que não padroniza, não poderá garantir a qualidade do que faz.

O presente estudo teve como metodologia a pesquisa-ação sendo testada a hipótese levantada bem como a realização da avaliação da satisfação dos familiares após o recebimento das orientações.

### 1.1. Justificativa

O atendimento em Pronto Socorro tem como características básicas a incerteza da demanda e a sobrecarga dos profissionais. Com a realização do estágio observou-se que ao se tratando de um Pronto Socorro Pediátrico associamos a fragilidade da criança, aflição dos responsáveis entre outros aspectos que tornam este ambiente ainda mais tenso e angustiante. Segundo Silva e Trochin (2011) conseguimos amenizar os sentimentos negativos através da comunicação com a família, de maneira personalizada para cada situação. Compreendendo o grau de dependência da criança e o sentimento de impotência dos familiares é importante que o gestor atente para a adoção de ações que visem à melhoria contínua dos processos; tendo como principal foco a qualidade do serviço à percepção do usuário. Após identificação dos conflitos existentes no Pronto Socorro Pediátrico alvo do estudo houve a proposição de modificação no processo de atendimento na recepção, através do uso de ferramentas gerenciais, gerando a necessidade de teste dessa modificação objetivando a melhoria da qualidade identificada pelos familiares e acompanhantes.

### 1.2. Problema de Pesquisa

O fornecimento de informações, ainda na recepção, no momento do acolhimento reflete na qualidade do atendimento em um Pronto Socorro Pediátrico?

### 1.3. Objetivos Gerais

Identificar a percepção dos familiares quanto ao acolhimento realizado pelos profissionais da recepção de em um Pronto Socorro de um Hospital Pediátrico.

### 1.4. Objetivos Específicos

Relatar como é realizada a rotina de acolhimento em um pronto socorro pediátrico.

Avaliar a percepção dos familiares após as orientações durante o acolhimento.

Propor modificações na rotina de trabalho da recepção do Pronto Socorro.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Humanização

Com a criação da constituição federal, na década de 80, que atribuiu ao estado o dever de garantir saúde a toda a população, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2007). Após o estabelecimento da constituição, foi delegado ao estado através do SUS o dever de garantir a saúde a toda população (BRASIL, 2006). A lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta Sistema Único de Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; tendo como princípios a equidade, a universalidade e a integralidade, que devem estar incorporados as práticas em ambientes de saúde (BRASIL, 2007).

A equidade garante o tratamento para cada usuário segundo sua natureza particular, ou seja, cada usuário tem direito a atendimento sem sofrer diferenciações ou preconceitos, de acordo com a sua necessidade (BRASIL, 2006). O atendimento Universal garante atendimento a todos que estejam no Brasil, sendo brasileiros ou estrangeiros (BRASIL, 2006). A universalidade também garante atendimentos em todos os ambientes, urbanos e rurais, inclusive dentro de prisões e a populações isoladas (BRASIL, 2006).

O atendimento na sua integralidade é a garantia de acesso a todos os níveis de saúde, atenção básica, média e alta complexidade, dispondo de ações promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do usuário (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização mais conhecida como PNH, surgiu inicialmente como um programa nacional de humanização em resposta as experiências negativas dos usuários que relataram descontentamento com o atendimento recebido durante internamentos (BRASIL, 2011). Para que pudesse abranger todos os níveis de atenção do SUS o programa que surgiu em 2001 sendo instituído como política nacional em 2003 (BRASIL, 2013).

Para Brasil (2011) a Política Nacional de Humanização recomenda a construção de vínculos de cidadania, o olhar perante usuário como sujeito único, em suas singularidades, no seu cotidiano de vida e principalmente sua história, mas, mostra também a necessidade olhar para o usuário como parte do coletivo.

A PNH se originou com o objetivo de efetivar os princípios do SUS, promovendo a criação de vínculo entre gestores, trabalhadores e usuários para a promoção e produção de saúde (BRASIL, 2011).

Além da comunicação entre o estabelecimento de saúde e o usuário, as informações devem ser repassadas e trocadas em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011). Para Brasil (2013) a Política Nacional de Humanização pressupõe o aumento da corresponsabilidade, mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho, além disso, preconiza melhores condições de trabalho aos funcionários.

A Política Nacional de Humanização possui princípios que devem ser respeitadossendo estes: a transversalidade, a inseparabilidade, autonomia e protagonismo.

Com a transversalidade identifica-se a valorização da coletividade e social, para as praticas de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde, assim fortalecendo o trabalho em equipe multiprofissional, promovendo assim a comunicação e quebrando barreiras no ambiente da saúde (BRASIL, 2016). A inseparabilidade entre a atenção e gestão dos processos de produção de saúde, que promove a construção de redes solidárias e comprometidas com a produção de saúde, fazendo com que a humanização ocorra de forma integral, abrangendo assim os três níveis de atenção, sem alterar o modo de gerir e cuidar (BRASIL, 2006). O último princípio é o protagonismo e autonomia, o que significa que a PNH, torna os usuários corresponsáveis nos processos de gestão e atenção a saúde, com caráter participativo, em todo o sistema SUS (BRASIL, 2016).

A Política Nacional de Humanização se orienta por diretrizes que expressa formas de colocar os princípios em ação, sendo elas: o acolhimento, a clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, saúde do trabalhador, direitos e deveres dos usuários e ambiência (BRASIL, 2010).

A construção do SUS que dá certo através do principio do acolhimento será abordado no decorrer desse trabalho.

### 2.1.1 Acolhimento

O acolhimento estabelece um vínculo de aproximação com o usuário e está relacionado a utilizar os recursos disponíveis para resolução das queixas dos usuários (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Segundo a cartilha nacional da humanização do Ministério da Saúde (2013) o acolhimento é a diretriz da Política Nacional de Humanização que está relacionada a qualidade do atendimento, através da escuta qualificada das necessidades, queixas, angústias e imposição de limites sempre que necessário (BRASIL, 2006). Acolher demanda atenção por parte dos gestores para que estes adaptem rotinas, para que haja eficiência nessa etapa (BRASIL, 2013).

Em serviços de saúde essa diretriz tem como característica facilitar o acesso, deixando todos os ambientes sinalizados, de fácil percepção e capacidade de desenvolver diálogos com os usuários, para estabelecer uma ligação entre as necessidades de cada usuário e as ações que devem ser tomadas para cada situação (CASTRO; MEDEIROS, 2006).

Brasil (2013) explica que para haver o acolhimento, necessita-se que este seja construído de forma coletiva, após a verificação dos processos e etapas de trabalho; ressalta também que o principal objetivo do acolhimento é a criação do vínculo entre a instituição e o usuário, para que isso ocorra, é necessário estabelecer uma relação de confiança entre as partes.

É errôneo restringir a etapa do acolhimento somente aos profissionais da recepção, pois, o acolhimento não acontece em lugar ou etapa determinada e sim no processo como um todo (BRASIL, 2012).

Para que o acolhimento seja eficaz é necessário que os profissionais que trabalham diretamente com o público, recebam treinamento e acompanhamento contínuos para que entendam as reais necessidades e desejos dos usuários (GODOI, 2008).

Para que o acolhimento possa realmente acontecer é necessário que seja realizada a escuta qualificada de queixas e angústias seguida da garantia de assistência resolutiva e a continuidade do cuidado sempre que for necessário, por isso, é responsabilidade dos profissionais da saúde promover essa acolhida (BRASIL, 2006).

### 2.1.2 Escuta Qualificada

Segundo Alvarenga et al. (2015), escuta ativa, escuta atenta ou integral, ouvir reflexivamente, escuta terapêutica e compreensiva, são termos utilizados para definir o que será chamado neste trabalho de escuta qualificada. Alguns psicólogos definem escuta qualificada como empatia “um modo de compreender com respeito aquilo que é vivido pelo outro” (BRETON, 2005).

Segundo Alvarenga et al. (2015) a escuta é necessária por criar um vínculo entre profissional e paciente, mas além disso, ajuda a compreender melhor a pessoa, sendo que a escuta por si só, já possui um efeito terapêutico para o paciente. A escuta possibilita abertura para o conhecimento profundo do paciente (BRETON, 2005).

Aplicando a escuta qualificada conseguimos acolher os relatos dos usuários, mesmo que aparentemente essas queixas sejam irrelevantes para o seu diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2013). Somente com a aplicação dessa escuta com qualidade o profissional conhecer o paciente e consegue compreendê-lo melhor (ALVARENGA et al., 2015). Corroborando Maynard et al. (2014) explica que só é possível estabelecer vínculo com o usuário através da escuta qualificada, e que esta transcende questões superficiais, para que seja possível identificar a particularidade de cada indivíduo.

Para Castro e Medeiros (2006), nos serviços de saúde a escuta qualificada tem como objetivo a capacidade de desenvolver diálogos com os usuários, para que se estabeleça a ligação entre o usuário e o funcionário e com isso verificar as reais necessidades do usuário e posteriormente possa ser tomada as medidas necessárias.

Breton (2005) explica é necessário aceitar aquilo que outro diz. Por isso que escutar com qualidade é uma grande dificuldade, pois, muitas vezes é necessário tomar atitudes contraditórias.

A escuta qualificada é uma habilidade complexa, e como tal, exige atenção, prática e por isso precisa ser desenvolvida ao longo do tempo (ALVARENGA et al., 2015). Para que se tenha uma escuta com qualidade é necessário ser completamente receptivo além das palavras, sinais corporais e emoções (ALVARENGA et al., 2015). Para Breton (2005), é preciso escutar com interesse e empatia, para que posteriormente possa expressar sua posição, sem que dê a impressão de julgamento de valor.

## 2.2 Pronto Socorro

No manual de terminologia da saúde do Brasil (1987, p. 21) Pronto-Socorro é o “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato”.

Os Prontos Socorros são unidades de urgência e emergência, neste setor são atendidos usuários que estão em situação à ocorrência de agravos a saúde, com ou sem risco potencial de morte, do usuário que necessita assistência médica imediata (ROMANI ET AL., 2009).

Porém, Buboltz (2013) explica que a demanda do Pronto Socorro se relaciona com todos os níveis de atenção, pois nesse setor realizam-se atendimentos de baixa à alta complexidade, o que gera uma superlotação nesses serviços de saúde. Situação facilmente identificada na grande maioria das unidades de Pronto Socorro que atendem urgência e emergência no Brasil impactando consideravelmente na qualidade de atendimento que é prestado aos usuários (GARLET ET AL. 2009).

Para o ministério da Saúde, a equipe mínima para o atendimento em um pronto Socorro Pediátrico – PSP deve ser formada por médico pediatra, cirurgião pediátrico e enfermeiro (BRASIL, 2012).

Coutinho, Cecilio e Mota (2012), explicam que para um melhor ordenamento do pronto Socorro a classificação de risco é imprescindível. A classificação de risco, também denominada como triagem, é utilizada para identificar rapidamente usuários com risco de morte, encaminhar para o local adequado, além de melhorar o fluxo dos usuários, fazer reavaliar o usuário sempre que necessário e priorizar o acesso ao atendimento (JIMENEZ, 2003).

No Brasil muitas instituições utilizam o Protocolo de Manchester para realizar a classificação de risco, trazida pela Política Nacional de Humanização foi utilizada pela primeira vez no estado de Minas Gerais (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012).

O protocolo de Manchester possui cinco categorias, onde cada cor identifica o grau de urgência e estipula o tempo máximo para o primeiro atendimento, sendo eles: azul, atendimento não urgente com tempo de espera de até 240 minutos (4 horas) os atendimentos sem urgência podem ser queixas crônicas sem alterações agudas, aplicação de medicação externa com receita ou unhas encravadas; verde, atendimento pouco urgente com o tempo de espera de 120 minutos (2 horas) os

atendimentos pouco urgentes podem ser dor leve, estado febril sem alterações dos sinais vitais, náuseas e tonturas; amarelo, urgente com espera de 60 minutos (1 hora) dor moderada, idade superior de 60 anos, vomito intenso; laranja, muito urgente, espera máxima de 10 minutos, dor intensa, hemorragia e cefaleia intensa; os atendimentos de emergência são imediatos, atendimentos de poli traumatismo, parada respiratória, crises convulsivas são caracterizados com a cor vermelha (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012).

A dor é um critério muito importante para medir o grau de urgência e a triagem deve ser realizada por um enfermeiro. O Protocolo de Manchester possui cinquenta e dois fluxogramas diferentes, que se adequam as mais diversas situações (COUTINHO; CECILIO; MOTA, 2012).

### 2.2.1 Particularidades do Pronto Socorro Pediátrico.

O Atendimento em Pronto Socorro é caracterizado pela imprevisibilidade da demanda, pelo alto ritmo de trabalho e sobrecarga física dos profissionais (SILVA E TROCHIN, 2011). Além disso, os altos custos, ineficiência e má utilização de recursos agravam os problemas dos Prontos Socorros (FADEL E REGIS FILHO, 2009).

No caso de um Pronto Socorro Pediátrico, além do estado enfermo da criança, acrescenta-se a dor e sofrimento dos responsáveis, o que gera um ambiente angustiante e tenso. Para amenizar essa sensação, é necessário que haja comunicação com a família, de maneira adequada para cada situação (SILVA E TROCHIN, 2011).

Buboltz (2013) ressalta que existe grande dificuldade de acesso dos responsáveis aos serviços de saúde da criança. A criança é um ser totalmente dependente para sobreviver, por isso o cuidado que é exercido pelo responsável é muito importante. Nesse contexto, cada âmbito familiar tem formas próprias de cuidar (BUBOLTZ, 2013).

Elsen (2004) explica que a responsabilidade de verificar e refletir sobre cada modelo de assistência que precisa ser prestada a cada família para cuidar, no caso, da criança. A relação entre cada profissional deve ser única, por isso, que é necessário que o profissional conheça realmente a família.

Buboltz (2013) afirma que a presença do profissional da saúde é necessária para fortalecer a família em um momento tão frágil, mobiliza-la para as atividades e procedimentos necessários e impulsionar a família para o próprio bem estar.

### 2.3 Qualidade

A qualidade é um conceito subjetivo, é o modo de ser, é a propriedade de qualificar as mais diversas coisas e está relacionada às percepções de cada indivíduo e diversos fatores como cultura, produto ou serviço prestado (MENDES, 2011). O que corrobora com Deming (1993) que associa qualidade à impressão do cliente, sendo assim, está não é estática.

A dificuldade em definir qualidade está na renovação das necessidades do usuário em características mensuráveis, de forma que o produto e/ou serviço possa ser projetado para satisfazer o cliente (DEMING, 1993). As necessidades e expectativas do cliente influenciam diretamente na definição de qualidade (MENDES, 2011).

### 2.4 Ferramentas de Qualidade

Para construir um ambiente de qualidade, é necessário dispor das suas ferramentas. Na área da qualidade, existem várias ferramentas que auxiliam os de mais processos de uma organização (BALSANELLI; JERICÓ, 2005). A qualidade é um conceito dinâmico, pois trabalha em um processo de melhoria contínua para que influencie no desempenho da organização (PALADINI, 2004).

Nascimento (2006) explica que a gestão da qualidade está vinculada as ferramentas usadas na melhoria, controle e planejamento da organização. Essas ferramentas servem para que todos os envolvidos no processo consigam compreender a razão dos problemas e assim possam solucioná-los.

Para Lins (2011) qualidade pode ser percebida através de diversos elementos, sendo eles, tangíveis ou intangíveis. A tangibilidade de um serviço é identificada pelo que é visto e/ou sentido. Os componentes intangíveis são os aspectos que estão diretamente ligados ao relacionamento da equipe profissional entre os clientes e usuários.

### 2.4.1 PDCA

O Ciclo PDCA pode ser usado em qualquer processo, para organizar o processo de trabalho e as medidas que precisam ser tomadas(LUCINDA,2010). Para gerenciar processos com qualidade é necessário aplicação de outras ferramentas associadas ao ciclo PDCA (NASCIMENTO ET AL., 2006).

O PDCA surgiu após a segunda guerra mundial, pelo americano William Edwards Deming (LUCINDA, 2010).

Burmester (2013)explicaas fases do ciclo PDCA:

- *Plan*(planejar):Na primeira etapa é necessário estabelecer os objetivos e metas necessários para alcançar os resultados almejados, missão e visão.
- *Do*(executar): executar as atividades planejadas na etapa anterior.
- *Check*(verificar): o terceiro passo do ciclo se faz necessário para verificar, monitorar e identificar os processos que não ocorreram conforme planejado.
- *Action*(corrigir): A última fase do ciclo é para aprimorar e corrigir as falhas, para uma melhor qualidade.

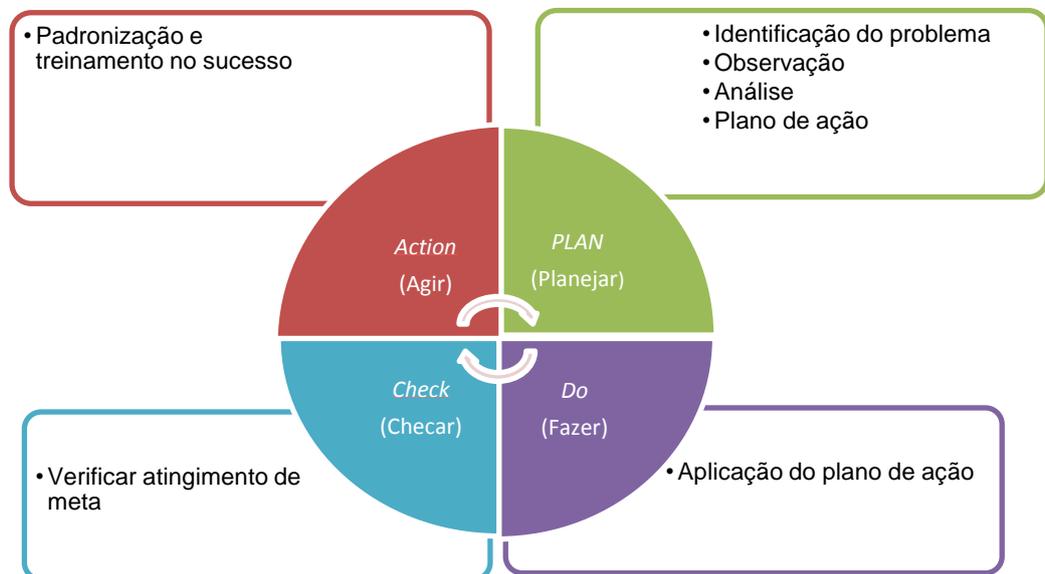


FIGURA 1 – Ciclo PDCA

Fonte: Adaptado de Brasão C

### 2.4.2 GUT, Ishikawa, Plano de Ação.

- GUT

Criada por Charles H. Kepner e Benjamin B. Tregoe em 1981, o instrumento chamado de GUT auxilia na maneira de tratar os problemas por prioridade. Essa ferramenta auxilia para definir prioridade nas tarefas quando há várias atividades a serem executadas. A matriz GUT considera Gravidade, Urgência e Tendência de cada problema (BALMOTTE, 2012).

Gravidade: complexidade dos danos que o problema pode causar. Urgência: O período que pode ser aguardado para resolução do problema. Tendência: potencial de crescimento do problema (SOTILLE, 2014).

Segundo Baggio e Lampert (2010) a técnica de GUT foi desenvolvida com o objetivo de orientar decisões mais complexas, ou seja, aquelas que envolvem várias questões para resolver, classificando-as para ordem de qual será resolvida primeiro.

Para colocar essa ferramenta em prática é necessário identificar os problemas que têm causa própria. Elaborar uma tabela que auxilie na avaliação dos problemas de acordo com a gravidade, urgência e tendência. Por último gerar o produto da multiplicação dos fatores avaliados (BAGGIO e LAMPERT, 2010).

Para Sotille (2014), o objetivo desta ferramenta é priorizar as ações, permitindo escolher a tomada de decisão mais relevante para a organização.

- ISHIKAWA

Em 1962 o professor Kaoru Ishikawa introduziu o conceito diagrama de Ishikawa também conhecido como espinha de peixe destacou-se como uma ferramenta poderosa para analisar e resolver problemas nas organizações. (LUCINDA, 2010).

Conforme Valle, 2013 a nomenclatura de espinha de peixe é devida a forma similar com uma espinha de peixe. As causas ou fatores são representados como setas que seguem até o problema a ser estudado onde fica a cabeça do peixe e nas laterais são listados os motivos pelos quais os problemas citados ocorrem, todos interligando com o foco no único problema.

- PLANO DE AÇÃO

O plano de ação define quem é o responsável, por cada atividade, prazo de entrega, anotação e sugestão. Com o plano de ação é possível analisar o andamento das atividades, os métodos utilizados, quem executou, quando, enfim, todo o histórico das ações executadas ou previstas no campo aplicado (VALLE, 2013).

### 3. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o tipo de estudo, a metodologia utilizada para coleta de dados á realização desta pesquisa.

Para Fonseca (2002), método significa organização, e logos, estudo sistemático, pesquisa, investigação; ou seja, metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para ser realizar uma pesquisa ouum estudo, ou para se fazer ciência.

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória como abordagem qualitativa, onde o procedimento metodológico adotado foi a pesquisa ação.

Pesquisa exploratória é um tipo de pesquisa que tem como objetivo proporcionar maior facilidade com o problema, com vistas a torná-los mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2002).

Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defendem um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais tem sua especialidade o que pressupõe uma metodologia própria (GOLDENBERG, 1997, pag.34).

Para Gil (2007, pag.55) a pesquisa-ação tem sido um alvo de controvérsia devido ao envolvimento ativo do pesquisador e a ação por parte das pessoas ou grupos envolvidos no problema.

#### 3.2 Ambiente da pesquisa

Localizada na região Sul da federação o estado de Santa Catarina possui 295 municípios sendo Lages o maio cidade em área enquanto Joinville o mais populoso, a capital do estado Florianópolis esta localizada no litoral do estado. O estado possui economia bastante diversificada organizada em polos distribuídos em diferentes regiões do estado estimuladas por atividades que vão da agricultura ao turismo. Na região da capital é fortalecida pelos setores de tecnologia, turismo, construção civil e

serviços. Por sua vez o norte é identificado como polo tecnológico, metal-mecânico e moveleiro. No oeste o destaque é a produção de alimentos e móveis. O sul se destaca pelo vestuário e cerâmico. Com toda essa diversidade em 2010 Santa Catarina atingiu o produto interno bruto (PIB) equivalente a somatória do PIB do Urugai, Paraguai e Bolívia.

O presente estudo foi realizado em um pronto socorro situado no estado de Santa Catarina que oferece atendimento para crianças e adolescentes, sendo referencia para 25 municípios da sua região.

### 3.3 Coletas de dados

Para o melhor entendimento do trabalho de conclusão do curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, a coleta de dados foi realizada através de pesquisa de satisfação, nos períodos entre os dias 21 de outubro de 2016 à 04 de novembro de 2016. A pesquisa de satisfação constituída por 06 perguntas direcionadas fechadas, foram realizadas 103 pesquisas, onde os pais ou responsáveis não se identificavam, mas aceitaram participar a pesquisa respondendo questionamento (Apêndice A) sobre sua satisfação após a orientação recebidas durante o acolhimento. A aplicação das pesquisas foi autorizada pela Direção do Hospital conforme ofício (Apêndice B).

### 3.4 Análise de dados

Após a coleta de dados concretizada foi utilizada como ferramenta principal para a tabulação das respostas o programa Excel 2010 do Microsoft Windows®, 2010, considerando uma das ferramentas de grande importância na parte do software. Através destas ferramentas, se demonstrou resultados significativos, para que concluísse os resultados das pesquisas realizadas.

## 4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da Recepção do Pronto Socorro do Hospital Pediátrico.

A unidade foco do estudo presta atendimento de média e alta complexidade 24 horas por dia. A recepção do Pronto-Socorro conta com nove profissionais, sendo 4(quatro) deles atuando em regime de trabalho em escala de 6 horas de trabalho e 12 horas de descanso durante a semana e 12horas de trabalho nos finais de semana e quatro profissionais no horário noturno 12 horas de trabalho com 36 horas de descanso, e um colaborador para suporte a recepção no horário comercial de segunda a sexta.

Números de Funcionários	Carga Horária
4	6 horas durante a semana e 12 horas no final de semana.
4	12/36 horas Noturno.
1	Horário Comercial 7 horas á 17 Horas.

TABELA 01 –Quadro de funcionários da Recepção

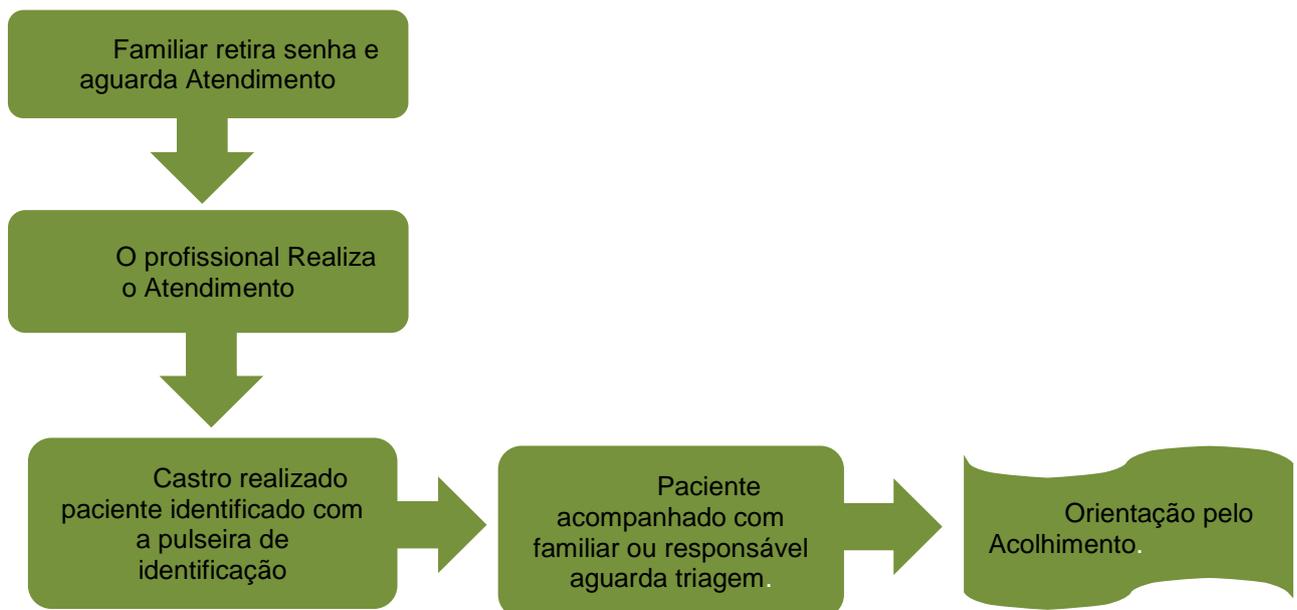
Fonte: O autor

Os funcionários que atuam nesse setor possuem como grau de escolaridade o ensino médio completo e conhecimentos de informática básica. A recepção possui aproximadamente 60 metros quadrados contando com um balcão de atendimento equipado com dois computadores, uma impressora e telefone; um suporte de senha, cadeiras de plástico coloridas para os pacientes e responsáveis; bebedouro de água com filtro, dois banheiros, um fraldário. As paredes são pintadas de cor clara com desenhos infantis.

#### 4.2. Rotina de atendimento da Unidade do Pronto Socorro do Hospital Pediátrico de Santa Catarina.

Ao chegar ao Pronto Socorro os familiares retiram a senha manualmente e aguardam ser chamados no balcão de atendimento para realização do cadastro pela abertura da ficha Baú (para que os demais profissionais possam ter acesso ao prontuário do paciente para o registro de informação) e identificação através da pulseira do paciente. Em seguida o paciente e responsável aguardam ser chamado pelo técnico de enfermagem para a triagem realizada pelo enfermeiro através do protocolo de Manchester em um ambiente reservado equipado com computador, balança, monitor cardíaco. Após a classificação, o paciente recebe um adesivo de coloração correspondente à classificação de risco, sendo assim azul para não urgente, verde para pouco urgente, amarelo para urgente, laranja muito urgente e o vermelho para emergência.

Classificadas as crianças, juntamente com seus pais ou responsáveis, são encaminhados para sala de espera onde aguardam a consulta médica. Avaliado pelo médico os pacientes podem ser atendidos e liberados ou encaminhados para medicação ou exames, após medicação e/ou exames a criança volta para reavaliação, apresentando sinais de melhora a criança é liberada, caso os sintomas persistam o paciente pode ser internado.



Fluxograma 01 – Rotinas de Atendimento da Recepção

Fonte: O autor

#### 4.3 A importância do Acolhimento e Orientação na recepção.

Observou-se que o fluxo de atendimento apresentava aumento significativo nos períodos em que os demais níveis de assistência não possuíam o suporte de pediatras, causando aumento do tempo de espera, insatisfação, agitação, angústia, entre outros sentimentos. Essa situação demonstrou-se desafiadora aos profissionais da recepção devido a insatisfação sobre o atendimento prestado, gerando angústia e tensão. Por se tratar de um Pronto Socorro Pediátrico, os pais ou responsáveis precisam se sentir acolhidos e seguros, assim demonstra respeito pelo paciente, garantindo um atendimento humanizado e minimizando os conflitos pela espera do atendimento.

#### 4.4 Ferramenta Gerencial em Prol do Acolhimento.

Durante as reuniões periódicas do setor no primeiro semestre de 2015 a coordenadora em exercício propôs como ponto de pauta melhorias no processo de trabalho da recepção visando a humanização e a qualidade do atendimento.

Para ilustrar o desenvolvimento desse processo será descrita as fases do ciclo PDCA e as demais ferramentas de qualidade utilizadas.

As ferramentas gerências são instrumentos que estão presente no cotidiano do gestor. Após a vivencia de conflitos periódicos na recepção do pronto socorro foco do estudo identificou-se a necessidade da adoção de ações que visem a melhoria continua dos processos da recepção; tendo como principal eixo a qualidade do serviço.

Para Lima (2006), o ciclo PDCA padroniza um serviço de qualidade, evita erros e torna as informações de fácil compreensão. É importante também para facilitar o estilo de administração, direciona-lo para tomada de decisões.

#### 4.5 Fase Plan: Identificação dos Problemas

Com a insatisfação pela qualidade no atendimento, iniciou-se a identificação da problemática a partir da primeira parte do ciclo PDCA a fase do Planejamento com a realização de um breve Brainstorming entre os profissionais da recepção e a

coordenação para o levantamento da causa do descontentamento dos familiares durante o período em que aguardam o atendimento.

Com a experiência dos profissionais que atuam na recepção referente ao fluxo de atendimento no Pronto Socorro observou-se a necessidade de fazer alguma melhoria no processo para amenizar estes desafios para isso foram elencadas as prioridades relacionados a os pontos negativos frente a humanização (GUT). Posteriormente a proposta foi encaminhada a reunião de coordenadores para delinear as principais causas para os conflitos entre os familiares a equipe da recepção (Ishakawa). Com objetivo de programar as ações que seriam desenvolvidas e seus responsáveis foi elaboração de um Plano de Ação. Referente a atuação dos profissionais da recepção foi determinada a realização de orientações durante o momento do acolhimento sempre que for identificado o aumento do fluxo dos atendimentos. A orientação tem como base informar os familiares sobre o tempo de espera de acordo com protocolo de Manchester salientando a classificação de pouca urgência que poderia ser absorvida por outros níveis de atenção a saúde.

Nesse contexto é informada a situações das demais instituições de saúde da rede pública e sua disponibilidade de pediatras, caso seja identificada a falta de profissionais dessa especialidade em outros serviços de saúde os pais e responsáveis são orientados do motivo do aumento do fluxo de consultas.

Na recepção encontrasse um painel eletrônico que fornece informações sobre o número de atendimentos nas ultimas 24h, a quantidade de pacientes que estão em atendimento no momento desses o número de pacientes que aguardam ser triados, e a demanda de pacientes já triados com suas respectivas classificações.

#### 4.5.1 Fase Do: Aplicação do Plano de Ação

A aplicação do Plano de Ação foi bem recebida pelos usuários da instituição, precisávamos tomar uma atitude para amenizar os desafios encontrados na instituição. Com a falta de orientação pelo acolhimento ao Pronto Socorro Pediátrico, fez com que entrássemos com aplicação do Plano de Ação, aplicando o acolhimento pela orientação, percebeu grande interesse entre as pessoas, que por sinal mostravam-se atenciosas, interessadas pelo acolhimento recebido. De fato não houve nenhum desafio quanto às orientações, pois todos entendiam com clareza e facilidade pela orientação prestada.

Sendo assim foi determinada pela coordenação, que em horários de fluxo, ou seja, pelo grande numero de pessoas para atendimento, deverá ser realizado o acolhimento através da orientação para que os pais ou responsáveis estejam ciente da situação atual do Hospital e das Unidades Básicas de Saúde na cidade de Joinville, garantindo assim a satisfação do atendimento prestado.

#### 4.5.2 Fase Check: Verificação do Atingimento de Meta

Para verificar o atingimento da meta, após as orientações foi aplicada uma breve pesquisa de satisfação, com autorização da instituição, em que os familiares eram convidados a responder seis perguntas sem constar quaisquer dados que pudessem ser identificados. Com aplicação desse instrumento foi da percepção dos familiares a respeito da orientação.

Podemos observar que no gráfico abaixo apresenta uma grande porcentagem do acompanhamento pelo gênero feminino, até pela segurança da própria mãe e o aconchego materno. Sendo 81% do gênero Feminino e 19% do gênero masculino (GRÁFICO 1).

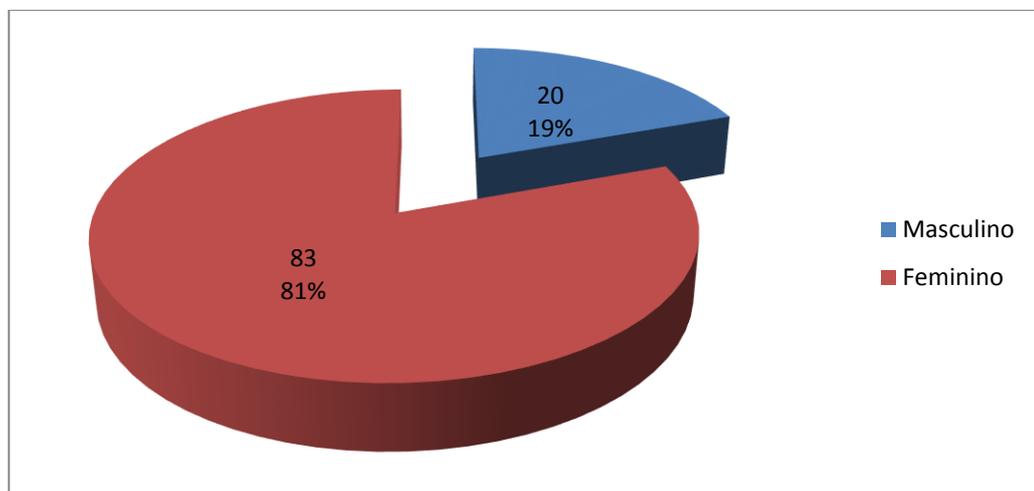


GRÁFICO 1 – Sexo dos familiares participantes da pesquisa de satisfação

Fonte: O autor

O cuidado é aprendido e reproduzido por meios de valores culturais, sendo frequentemente entendido, por essas mulheres, como algo natural e integrado às demais tarefas domésticas. Apesar da luta do movimento feminista pela desnaturalização dos papéis socialmente construídos, o cuidado ainda é

compreendido como atividade ocupada predominantemente pelo sexo feminino, de modo que a mulher e o cuidado são concebidos, pela sociedade, como termos conexos (GUIMARÃES,2008).

Respectivamente alinhamos algumas faixas etárias bem diversificadas, até pelo grande numero de pessoas que foram orientadas no Pronto Socorro, sendo assim 21% tinham até 25 anos,17% entre 26 e 30 anos, 39% entre 31 a 40 anos, 17% de 41 a 50 anos e acima de 51 anos 6% (GRÁFICO 2 ).

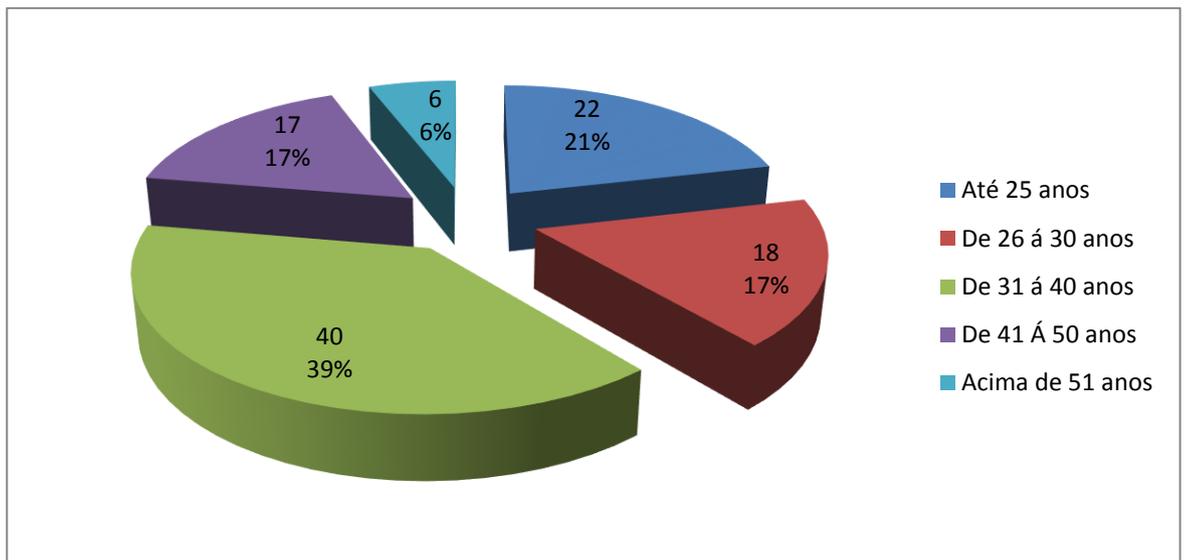


GRÁFICO 2 – Faixa etária dos familiares participantes da pesquisa de satisfação

Fonte: O autor

Quando questionados sobre a importância das orientações recebidas 78% dos participantes consideraram necessária as informações recebida, 18% indispensável, 2% indiferente, 2% dispensável, nenhum participante considerou desnecessária (GRÁFICO 3).

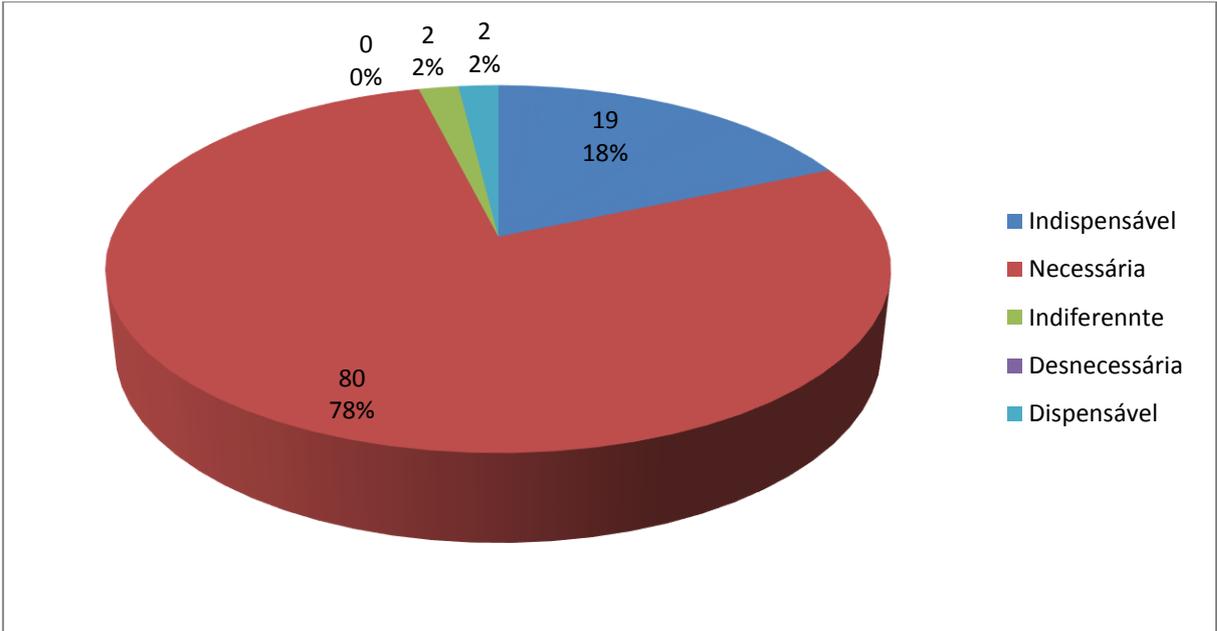


GRÁFICO 3 – Avaliação das orientações recebidas pelos familiares durante o acolhimento

Fonte: O autor

Considerando o grau da informação recebida 97% dos participantes compreenderam a Informação, 3% compreenderam parcialmente, nenhum dos participantes referiu não compreender, sendo assim de fato que as informações fornecidas foram de fácil entendimento (GRÁFICO 4).

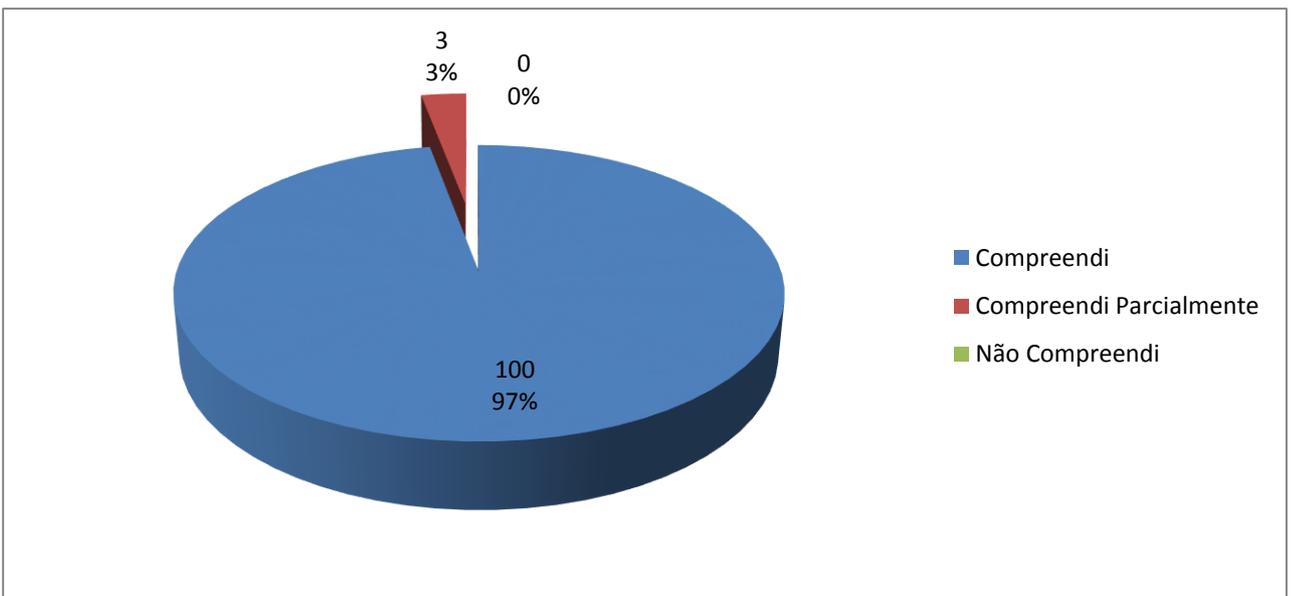


GRÁFICO 4 – Avaliação dos familiares quanto à qualidade da informação

Fonte: O autor

Sobre o conhecimento do sistema de classificação de risco Manchester 20% dos familiares orientados referiram que desconheciam esse modo de classificação (GRÁFICO 5).

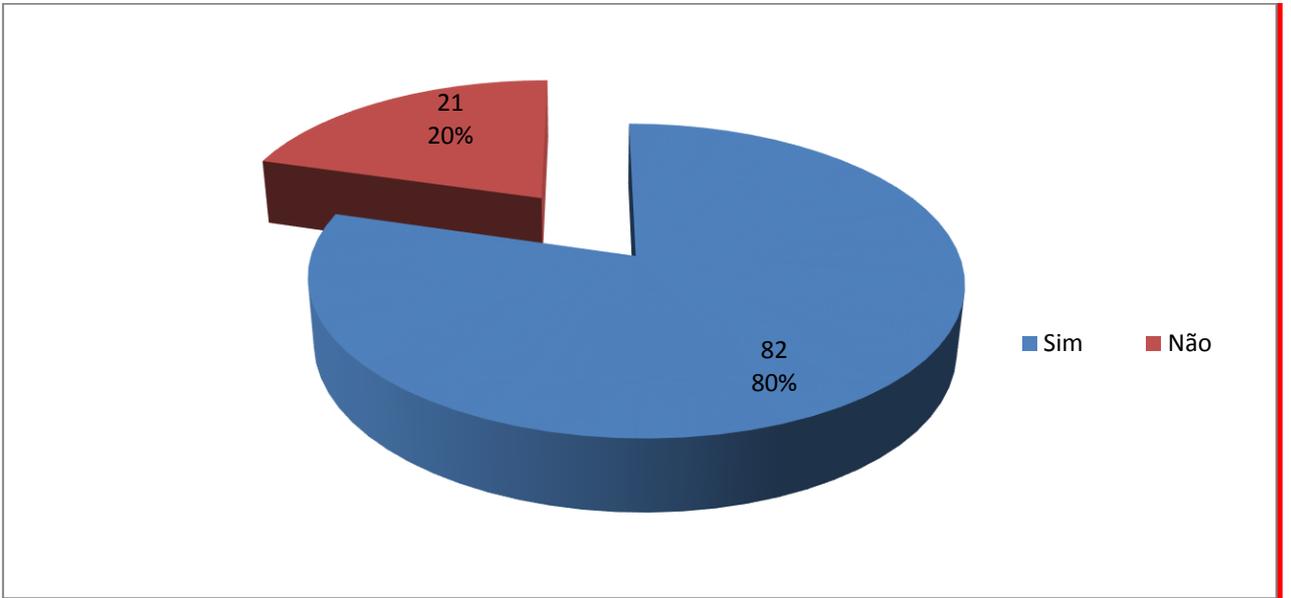


GRAFICO 5– Conhecimento dos familiares sobre Manchester antes da orientação

Fonte: O autor

Conforme gráfico abaixo podemos verificar o índice de Satisfação após o acolhimento e recebimento de orientação na recepção, 39% dos participantes afirmaram estar muito satisfeitos, 56% satisfeito, 4% indiferente, 1% muito insatisfeito (GRÁFICO 6).

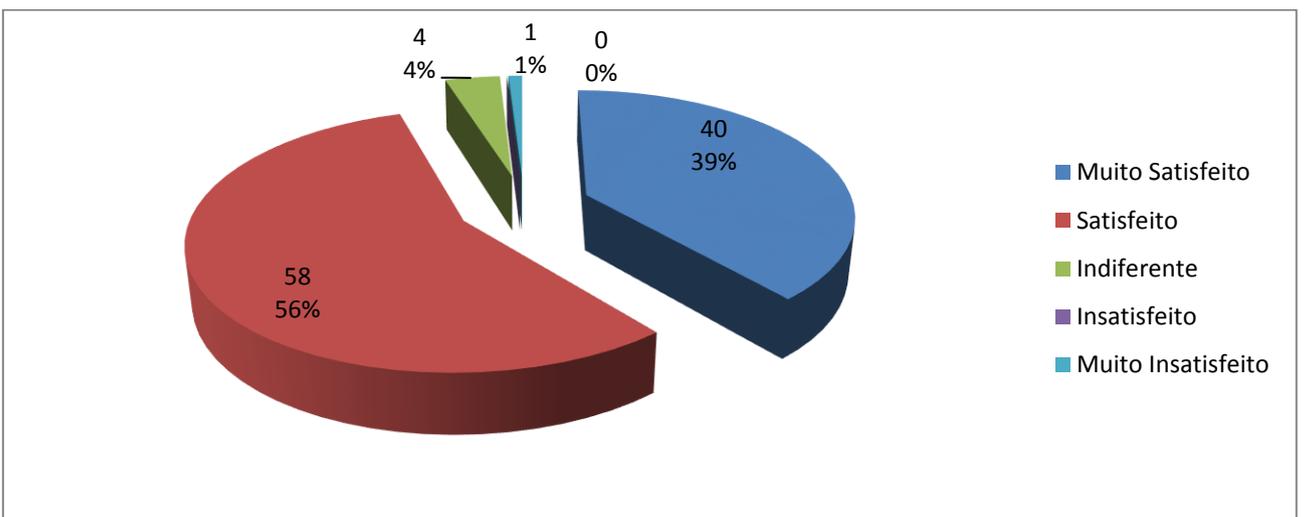


GRÁFICO6– Grau de satisfação com a orientação recebida durante o acolhimento na recepção

Fonte: O autor

#### 4.5.3 Fase Action: Padronização e Treinamento no Sucesso.

Após análise da pesquisa de satisfação foi evidenciado o bom resultado da intervenção sendo assim sugere-se a padronização da modificação do processo de trabalho dos funcionários da recepção bem como o treinamento dos mesmos referentes ao acolhimento e a importância do fornecimento de orientações aos familiares e responsáveis. Comprovamos com a pesquisa de satisfação que se as orientações fossem fornecidas em todos os períodos de grande fluxo de atendimento seria possível melhorar a qualidade do atendimento. De acordo com a demanda de atendimentos estas orientações podem ser realizadas várias vezes ao dia, normalmente quando se passa de 1 (uma) hora para atendimento para poucos urgentes, um dos profissionais da recepção deve entrar em ação com o novo protocolo de Orientação em todos os horários de atendimento.

O treinamento para equipe é fundamental, para que todos possam orientar de forma clara e objetiva, informando os pais e responsáveis, garantindo o sucesso e a satisfação do serviço prestado pela Organização. Quanto ao investimento deste treinamento, não teria custo algum, pois o próprio colaborador do suporte que fornecerá o treinamento para os demais colaboradores.

Kuschnir, Chorny e Lira (2010) indagam “como se pode padronizar uma área em que cada paciente é único?” e seguem dizendo que a padronização são processos, ou seja, precisamos padronizar os processos e humanizar as pessoas. O treinamento será realizado na própria instituição, em uma sala de reunião, adequando horários alternados para atender todos os colaboradores da recepção do Pronto Socorro. Quanto ao custo deste treinamento, não terá despesas financeiras, pois a capacitação ocorre durante o horário de trabalho, se por ventura precisar estender sua carga horária, o saldo positivo de horas automaticamente irá para banco de horas, fazendo com que o colaborador folgue ao dia seguinte.

## 5. CONCLUSÕES

Com a elaboração deste estudo concluiu-se que com a realização de uma simples orientação é possível despertar nos familiares das crianças, acometidas por alguma enfermidade, um sentimento de humanização durante o acolhimento principalmente em momentos de emoções, dor, angústia como os que norteiam o processo saúde/doença.

Nesta pesquisa foi identificada a necessidade da modificação do processo de trabalho da recepção do Pronto Socorro alvo do estudo, para a criação dessa proposta de melhoria foi utilizada a ferramenta gerencial de melhoria continua PDCA com auxílio de demais ferramentas da qualidade (PDCA, GUT, ISHIKAW, Plano de Ação). Com aplicação destas ferramentas iniciaram-se uma sequência de etapas embasadas em conhecimentos científicos, necessários para análise e planejamento da ação do gestor para a elaboração da melhoria do processo de trabalho da recepção.

No processo de busca da qualidade o comprometimento da equipe é fundamental principalmente quando o foco é satisfação dos usuários, assim podemos afirmar que todos os colaboradores são responsáveis pelo acolhimento e orientação impactando na satisfação do cliente. O usuário precisa sentir que os colaboradores estão dispostos a prestar um atendimento de acolhedor e humanizado o próximo, que se preocupa com a sua saúde e bem estar com um todo. Para que o usuário vivencie esta satisfação é preciso que a instituição de saúde supere suas expectativas buscando ideias inovadoras, investindo nos profissionais principalmente na capacitação para que agreguem conhecimentos inovadores e amplos. Para alcançar o cuidado do ponto de vista da humanização, precisa haver dedicação constante e em especial para o gestor é necessário a utilização dos conhecimentos técnicos – científicos da Administração para o planejamento de ações embasadas em conhecimentos concretos e fundamentados.

A Orientação deve ser praticada em todas as situações em especial no primeiro acolhimento do usuário na instituição. Ao término da qualificação este estudo será encaminhado a coordenadora da instituição em questão com o desejo de que sirva de ponto de partida para novos projetos no tema Humanização e acolhimento. As referências bibliográficas utilizadas para elaboração deste estudo foram de grande valia para a construção técnico científica do tema. Sugiro a

continuidade desta linha de pesquisa, para que possam ser elaborados e aplicados outras melhorias que visem a humanização no acolhimento com ênfase nas orientações em outras instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marlene et al. **Nutrição compor mental**. São Paulo: Manole, 2015. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=Sz5qDAAAQBAJ&pg=PT272&dq=escuta+qualificada&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjc\\_eH\\_0JrPAhUIIpAKHZDODSgQ6AEIMDAD#v=onepage&q=escuta+qualificada&f=false](https://books.google.com.br/books?id=Sz5qDAAAQBAJ&pg=PT272&dq=escuta+qualificada&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjc_eH_0JrPAhUIIpAKHZDODSgQ6AEIMDAD#v=onepage&q=escuta+qualificada&f=false)>. Acesso em: 19 set. 2016.

AZEVEDO, Eurico de Andrade. **Direito Administrativo Brasileiro**. 23. Ed São Paulo: Malheiros, 1998.

BAGGIO, Francisco, Adelar; LAMPERT Luis Amauri. **Planejamento organizacional**. Coleção Educação a Distância Série Livro-Texto - Ijuí, Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/162/Planejamento%20organizacional.pdf?sequence=1>> Acesso em 25 de jan. de 2016.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; JERICÓ, Marli de Carvalho. **Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras**. *Acta Paul Enferm*, v. 18, n. 4, p. 397-402, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a08v18n4>. Acesso em : 07 nov. 2016.

BARBOSA, Albuquerque, Alves, Aldenísia; BRITO E.W.G; COSTA, Clara, Céu, Iris. **Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. RN, 2010.

BAUMOTTE, Cláudia, Ana. **40+8 Ferramentas e técnicas de gerenciamento**. 4º Edição – Brasport – Rio de Janeiro; 2012. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NmLulaPAgQC&oi=fnd&pg=PA2&dq=gut+ferramenta+da+qualidade&ots=0VgHNpwDag&sig=VdRLsRF1UU4rvzO-1ka-JKPqvVU#v=onepage&q&f=false> - Acesso em 13 d3 Set. de 2016

BAUMOTTE, Cláudia, Ana. **40+8 Ferramentas e técnicas de gerenciamento**. 4º Edição – Brasport – Rio de Janeiro; 2012

BRASÃO, CRISTINA. Ministério da Saúde / DATASUS – Departamento de Informática do SUS. 2011. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em 27 de jan. de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília – DF. 3ª Edição, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Cartilha Nacional de Humanização**. – 1. ed. 1. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. 5. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf)>. Acesso em 11 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2007. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em 07 nov. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão da Saúde. projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH**. Brasília, 2006. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 15 set. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios HumanizaSUS**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/l1-humanizasus/12417-principios>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

BRASIL. **PORTARIA 706**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0706\\_20\\_07\\_2012\\_atual.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0706_20_07_2012_atual.htm)>. Acesso em: 16 out. 2016.

BRETON, Philippe. **Argumentar em situações difíceis**. Barueri: Manole, 2005. Tradução Sonia Augusto. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=HJRWuaphTeoC&pg=PA31&dq=escuta+ativa&hl=pt->

BR&sa=X&ved=0ahUKEwi78pDB0prPAhUFEpAKHU3iBU4Q6AEIJjAC#v=onepage&q=escuta ativa&f=false>. Acesso em: 19 set. 2016.

BUBOLTZ, Fernanda Luisa. **AÇÕES DE CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA ATENDIDA EM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO A PARTIR DO SEU UNIVERSO SOCIOCULTURAL**. 2013. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, AÇÕES de Cuidado da FamíliaÀCriança Atendida em Pronto-socorro Pediátrico A Partir do Seu Universo Sociocultural, 2013.

CASTRO, Dornelles, Janice; MEDEIROS, Eri, José. **Sementes do SUS**. São Leopoldo, RS. 2006.

COUTINHO, A; CECILIO, L; MOTA, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester, Revista Medicina, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/520>. Acesso em: 13 nov. 2016.

DEMING, W.E. Dr. Deming: O americano que ensinou a qualidade total aos japoneses Rio de Janeiro: Record, 1993.  
Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NmLulaPAgQC&oi=fnd&pg=PA2&dq=gut+ferramenta+da+qualidade&ots=0VgHNpwDag&sig=VdRLsRF1UU4rvzO-1ka-JKPqvVU#v=onepage&q&f=false> - Acesso em 10 de jan. de 2016

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. **O viver em família e sua interface com saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2004.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde:: um estudo de caso**. Rio de Janeiro: Fgv, 2009.

FONSECA, J.J. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FUNDAÇÃO IPPUJ: **Joinville Cidade em Dados 2016**. Prefeitura Municipal de Joinville. 2015. 180 pág. Disponível em: <<https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/305/joinville%2BCidade%2Bem%2BDados.html>> Acesso em: 08 jun. 2016.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Santa Catarina, n.

18, v. 2, p. 266-272, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>> Acesso em: 10 out. 2016

GIL, Antônio Carlos, **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 4. Ed. Atlas, São Paulo, 2002.

GIORDANI, Caroline, Ana. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul, SP. Difusão Editora, 2008.

GODOI, Adalto Felix de. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em Hospitais**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2008.

Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:165-74

LIMA, Renata de Almeida - **Como a relação entre clientes e fornecedores internos à organização pode contribuir para a garantia da qualidade: o caso de uma empresa automobilística**. Ouro Preto: UFOP, 2006.

LINS, B. F. **Ferramentas Básicas da Qualidade**. 2011. Disponível em <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/1190/833> . Acesso em 07 nov. 2016

LUCINDA, Antônio, Marco. **Qualidade fundamentos e práticas – Para cursos de graduação**. – Rio de Janeiro: Brasport, 2010. Disponível em [https://books.google.com.br/books?id=e9Baz6Jxh3MC&pg=PA6&dq=gurus+da+qualidade&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiK9d\\_73Z\\_KAhVGD5AKHQDCCmQQ6AEIKzAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=e9Baz6Jxh3MC&pg=PA6&dq=gurus+da+qualidade&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiK9d_73Z_KAhVGD5AKHQDCCmQQ6AEIKzAA#v=onepage&q&f=false). Acesso em 10 de jan. de 2016

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm**, Alagoas, v. 4, n. 27, p.300-304, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>>.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. 2. Ed. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011. no Brasil 2009-2011. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa.

MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, Jesus, Izaura; **A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam unidades básicas de saúde.** A estratégia para o sucesso competitivo. 4ªed. São Paulo.

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre. [https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa\\_Catarina](https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Catarina)

PALADINI, Pacheco, Edson. **Gestão de Qualidade: Teoria e Prática.** Editora: Atlas, 2ª edição. São Paulo, 2004

ROMANI, Humberto Menon et al. **Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde.** Taquaritinga: Revista Bioética, 2009.

SILVA, Ellen Maria Reimberg da; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. **Acolhimento de usuários em um Pronto-Socorro Infantil na perspectiva dos enfermeiros.** São Paulo: Acta Paul Enferm, 2011.

SOTILLE, Afonso, Mauro. **A ferramenta GUT – Gravidade, Urgência e Tendência.** São Paulo, 2014 Disponível em [http://portaldaestrategia.transportes.gov.br/images/Dicas\\_PMP\\_Matriz\\_GUT.pdf](http://portaldaestrategia.transportes.gov.br/images/Dicas_PMP_Matriz_GUT.pdf). Acesso em 26 de jan. de 2016.

VALLE, Angelo, José. **Ferramentas e técnicas de Gerenciamento.** São Paulo, 2013. Disponível em [https://books.google.com.br/books?id=jQ\\_JOBtvgBAC&pg=PA138&dq=diagrama+d+e+ishikawa&hl=pt-BR&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=jQ_JOBtvgBAC&pg=PA138&dq=diagrama+d+e+ishikawa&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em 26 de jan. de 2016.

VIEIRA, Geraldo Filho. **Gestão da Qualidade Total: Uma abordagem prática.** 3. Ed. Campinas, São Paulo: Alínea, 2010.

## Apêndice

## APENDICE A – Pesquisa de satisfação

**Qual seu sexo?**

Feminino ( )

Masculino ( )

**Qual sua Faixa Etária?**

Até 25 anos ( )

De 26 até 30 anos ( )

De 30 até 40 anos ( )

De 40 até 50 anos ( )

Acima de 50 anos ( )

**Como você avalia a orientação que recebeu?**

( ) Indispensável

( ) Necessária

( ) Nem necessária nem desnecessária

( ) Desnecessária

( ) Dispensável

**Como você avalia a qualidade da informação que recebeu.**

( ) Compreendi

( ) Compreendi parcialmente

( ) Não compreendi

**Você já tinha o conhecimento sobre o Protocolo de Classificação de Risco - Manchester?**

( ) Sim ( ) Não

**Qual a sua satisfação após ser acolhido e orientado na recepção**

( ) Muito satisfeito

( ) Satisfeito

( ) Nem satisfeito e nem insatisfeito

( ) Insatisfeito

( ) Muito insatisfeito

APENDICE B – Termo de assentimento para pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.

OFÍCIO nº127/2016 – Diretoria Geral / IFSC

Joinville, 07 de outubro de 2016.

A Sua Senhoria a Senhora

[REDACTED]

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a cordialmente, solicitamos autorização para que o aluno **ROBSON DA SILVA NEITZKE**, devidamente matriculado no Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do IFSC, desenvolva o seu trabalho acadêmico no Hospital [REDACTED] que tem como tema: "Acolhimento no Pronto Socorro".

O trabalho consiste em analisar a aplicação da escuta qualificada e o acolhimento na unidade de pronto atendimento envolvendo os princípios da humanização. Ressalta-se que o trabalho respeitará os princípios éticos da pesquisa, não sendo identificada a instituição, bem como os profissionais, pacientes e familiares envolvidos.

Havendo autorização, solicitamos a gentileza de preencher os dados descritos abaixo:

1. Houve autorização para a realização do trabalho no Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria?  Sim ( ) Não.
2. Houve autorização para o uso de imagem do pronto socorro? ( ) Sim  Não.
3. Houve autorização para acesso a avaliação de pesquisa de satisfação?  Sim ( ) Não.

Deferido ( ) Indeferido

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_ [REDACTED]