

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA O PROCESSO DE TRABALHO NAS URGÊNCIAS HOSPITALARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

HOSPITAL RECEPTION RISK CLASSIFICATION AS A STRATEGIC TOOL FOR THE WORK PROCESS IN HOSPITAL EMERGENCIES: A SYSTEMATIC REVIEW

Sayonara Oliveira dos Santos*

RESUMO

A superlotação dos serviços de urgência/emergência nos hospitais públicos brasileiros tem gerado preocupação significativa entre profissionais da saúde e gestores. Este estudo busca analisar o acolhimento com avaliação e classificação de risco como ferramenta estratégica para reorganização do processo de trabalho nas urgências hospitalares. A revisão sistemática foi elaborada através de artigos publicados entre os anos de 2008 a 2012, no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando o SCIELO e Lilacs como base de dados. Como ferramenta estratégica para reorganização e reestruturação das urgências/emergências hospitalares faz-se imprescindível adotar essa nova tecnologia no fazer saúde que consequentemente acarretará benefícios para os usuários, gestores, trabalhadores da saúde e toda a rede do sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Acolhimento, Urgência, Emergência.

Abstract

The overcrowding of urgent / emergency services in Brazilian public hospitals has generated significant concern among health professionals and managers. This study seeks to analyze user embracement with risk assessment and classification as a strategic tool for reorganizing the work process in hospital emergencies. The systematic review was carried out through articles published between 2008 and 2012, on the Virtual Health Library (VHL) website, using SCIELO and Lilacs as a database. As a strategic tool for the reorganization and restructuring of hospital urgencies / emergencies, it is essential to adopt this new technology in health care, which consequently will bring benefits to users, managers, health workers and the entire Brazilian health system network.

Key words: reception, urgency, emergency.

*Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência. Docente da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas do Xingu e Amazonas (FACX). Contato: say_santos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o sistema de atenção às urgências hospitalares no Brasil, tem apresentado significativos avanços em relação a conceitos e definições de novas tecnologias, leves, duras e leves-duras, como também estratégias para a incorporação das mesmas no atendimento em rede. Objetivando assim, a reorganização do processo de trabalho nas urgências, a resolubilidade dos atendimentos e concomitantemente ampliar a cobertura e o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (GARLET et al, 2009).

Entretanto, a atenção às urgências tem acontecido, predominantemente, nas unidades de pronto atendimento abertos nas 24 horas e nos serviços hospitalares. Esses serviços são responsáveis por atendimentos em situações que são de sua estrita responsabilidade e competência, bem como por um volume abundante de ocorrências não urgentes/emergentes que poderiam ser atendidas e sanadas por estruturas de outro nível de atendimento. Desta forma ocorre uma desestruturação no processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas urgências/emergências, fazendo com que os mesmos não consigam prestar atendimento de boa qualidade, prestar assistência singular ao usuário e ter insumos e tecnologias suficientes para produzir saúde com prioridade e resolubilidade (MACIAK et al, 2009).

Essas ocorrências podem ser identificadas em grande parte das unidades públicas de urgência/emergência do Brasil, e tem causado uma interferência considerável no processo de trabalho da equipe, na qualidade do cuidado prestado à população, e na superlotação das unidades de atenção às urgências/emergências (MINAYO, DESLANDES, 2008).

Alicerçado no contexto histórico do fazer saúde no Brasil, ressalta-se que o modelo assistencial biomédico, que prevaleceu na construção da rede de saúde SUS, e que tem a assistência centrada na doença, constituiu-se uma visão por usuários e trabalhadores da saúde, um conceito curativo e não preventivo da saúde. Esse modelo corroborou para a formação de serviços de saúde fragmentados, com déficits na integralidade da atenção á saúde, centralidade de atendimento em unidades hospitalares e subutilização de serviços de outros níveis de atendimento (OLIVEIRA et al, 2009).

Assim, os serviços de urgência e emergência são vistos pelos os usuários como porta de entrada do SUS, para solucionar situações que poderiam ser sanadas, muitas vezes, na Atenção Primária à Saúde, pelas Unidades de Saúde da Família (USF's) que são caracterizadas pela promoção, prevenção e educação em saúde, constituindo assim, a real porta de entrada da rede SUS (ROMANI et al, 2009).

Estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o HumanizaSUS, tem por objetivo fazer da humanização uma ação capaz de fortalecer e ratificar o SUS como política pública de saúde, assegurando que a assistência seja fundamentada em suas diretrizes - igualdade, universalidade e equidade (BRASIL, 2010 a).

Os valores que constituem essa política perpassam pela autonomia, o protagonismo dos sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários, a corresponsabilidade entre os envolvidos, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo da gestão (BRASIL, 2010 b).

Dentre as diretrizes do programa, o acolhimento configura-se como uma de grande relevância, onde é definido como um conjunto de práticas de saúde que fomentam a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos seja ele profissional gestor ou usuário (BRASIL, 2009).

Para que essa diretriz seja praticada é imprescindível que os profissionais sejam qualificados e preparados para prestar acolhimento de qualidade, respeitando a singularidade dos sujeitos, suas queixas, suas especificidades. E assim assegurar a assistência humanizada, integral, com acesso a serviços externos, com resolutividade no atendimento buscando a transversalização da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010 a).

Contudo, este tipo de acolhimento ainda não é a realidade na grande maioria dos serviços de urgência/emergência da rede SUS. Rotineiramente, o que se encontra são prontos-socorros com excedente de usuários, superlotação, poucos profissionais para realizar atendimento, uma infraestrutura que não comporta o número da demanda e um sistema de acolhimento muitas vezes realizado por profissionais desqualificados sem realização da classificação de casos clínicos graves com risco de morte eminente, e usuários que possuem quadros clínicos

moderados ou leves que por algum motivo não conseguiram atendimento na rede primária de cuidados (BRASIL, 2010 b).

Assim em 2004, o Ministério da Saúde lança o Programa de Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgências, visando à humanização do atendimento através da escuta ativa e qualificada do usuário que procura os serviços de urgência e emergência, utilização dos protocolos como instrumento norteador de classificação e identificação de prioridades médicas mediatas e imediatas, construção de fluxos de atendimento através da utilização da rede de assistência à saúde e realização de atendimento através da gravidade da ocorrência e não por ordem de chegada, como tem ocorrido corriqueiramente nos serviços de urgência/emergência e assim possam-se reorganizar os fluxos de atendimentos nos serviços de urgência/emergência do Brasil desafogando essas unidades e proporcionando atendimento de qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2006 a).

O acolhimento com classificação de risco pode ser qualificado como uma forma de atuar nos processos de trabalho em saúde em rede, buscando atender a todos que procuram o serviço de urgência/emergência, ouvindo seus motivos e adotando uma postura capaz de acolher, ouvir e direcionar as respostas e soluções mais adequadas a cada usuário e suas necessidades (BRASIL, 2006 b).

Visa também proporcionar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o usuário e sua família em relação a outros serviços de saúde e assim ter continuidade da atenção na assistência e articulando com outros serviços a garantida eficácia desses encaminhamentos realizados (BRASIL, 2006 b).

Deste modo, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de analisar o acolhimento com avaliação e classificação de risco como ferramenta estratégica para reorganização do processo de trabalho nas urgências hospitalares.

METODOLOGIA

Na construção deste artigo, fez-se uso da revisão sistemática que tem por característica a utilização de dados encontrados na literatura sobre determinado tema para a fundamentação da investigação, caracterizando assim a forma de pesquisa realizada. Esse tipo de averiguação fornece uma síntese das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, por meio da utilização de

procedimentos explícitos e sistematizados de busca, crítica e resumo da informação selecionada (SAMPAIO, MANCINI, 2007).

GUIDUGLI, (2000) afirma que para a elaboração da revisão sistemática, no primeiro momento o revisor determina a pergunta específica, identifica as bases de dados a serem pesquisadas, define as palavras-chave e estratégia de buscas, estabelece os critérios para a seleção dos artigos, define a seleção inicial dos artigos, aplica os critérios na seleção dos artigos, analisa, avalia e critica os estudos incluídos na revisão, prepara um resumo e apresenta uma conclusão, informando a evidência sobre os efeitos da intervenção.

Portanto, trata-se de uma pesquisa do tipo retrospectiva e secundária, isto é, a revisão é delimitada e conduzida após a publicação de pesquisas que já foram realizadas sobre um assunto. A revisão sistemática está intrinsecamente associada à qualidade da fonte primária consultada (SAMPAIO, MANCINI, 2007).

No embasamento teórico deste estudo, foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2008 a 2012, no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as seguintes bases de dados: SCIELO e Lilacs. A busca foi feita com os seguintes descritores: “assistência à saúde”, “serviços de urgência e emergência”, “acolhimento e humanização”, “organização do trabalho de urgência e emergência”, “gestão e estratégias em urgência e emergência”. Além disso, foi incluso também os manuais e arquivos do Ministério da Saúde (MS), que reportam sobre os serviços de urgência e emergência no país e concomitantemente as específicas normatizações e regulamentações, sendo utilizados 10 documentos, por ser de fundamental utilização para a pesquisa sistemática.

RESULTADOS

Utilizando o descritor “assistência a saúde”, foram encontrados 85 artigos no idioma português com textos completos na Internet. Após leitura dos resumos, apenas 5 tinham relação com o estudo. Os descritores “serviços de urgência e emergência”, foram encontrados 57 artigos completos em português, após leitura dos resumos, observou-se que apenas 9 tinham relação com o estudo em questão. Com relação às palavras “acolhimento e humanização”, foram encontrados 65 artigos completos em português, porém após leitura dos resumos, apenas 7 tinham relação com a pesquisa. Para os descritores “organização do trabalho em urgência e

emergência” encontraram um total de 20 artigos completos em português, dentre os quais apenas 9 foram úteis para o estudo. E por último utilizando os descritores “gestão e estratégias em urgência e emergência”, foram localizados 74 artigos no idioma português com textos completos, porém apenas 17 poderiam ser utilizados por possuírem relação com a pesquisa. Dessa forma chegou-se a um total de 47 artigos, onde após a leitura dos mesmos, apenas 21 atendiam o objetivo da pesquisa. O período de levantamento dos dados utilizados transcorreu de junho de 2010 a agosto de 2012.

DISCUSSÃO

Serviços de Urgência e Emergência no Brasil

A urgência determina um estado de atendimento prioritário e singular a um paciente em detrimento de outros, por apresentar um quadro de afecção que evolui para mal prognóstico e concomitantemente tende a rapidamente evoluir para um estado grave, caracterizando a necessidade de atendimento imediato, sem permanecer na “fila de espera” ou ater esperar por atendimento em consulta eletivo (ULHÔA et al, 2010).

Os serviços de urgência e emergência configuram-se em um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Os últimos anos tem-se apresentado um significativo crescimento na demanda desencadeado por fatores como: violência urbana, aumento do número de acidentes, crescimento demográfico e as doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2004).

A busca da resolubilidade dos disparates que tem ocorrido na assistência à saúde e em suas causas tem sido um desafio significativo no país. Políticas de saúde estão sendo reavaliadas, reformuladas, implementadas e operacionalizadas, tendo como abordagem principal a equidade, resolutividade da assistência, a utilização sensata das tecnologias duras, leves e leves-duras, e os serviços de saúde em rede (ZEM, et al, 2012).

O SUS preconiza atendimento universal, integral e eficiente para toda a população, entretanto, a procura por serviços de urgência e emergência e as demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa sem o devido crescimento da oferta de serviços, dificultam o alcance da equidade e da

integralidade, e concomitantemente distancia o acesso da população de forma adequada, justa, eficaz e de acordo com a singular necessidade (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

Entretanto, gestores e trabalhadores do sistema de saúde vêm buscando propor mudanças no cenário atual de saúde brasileiro, reorganizando e reestruturando a rede de atenção à saúde através de modelos assistências baseado na classificação do atendimento através do risco eminente de morte, e não mais através onde da ordem de chegada, como geralmente ver-se (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Historicamente, o fluxo da “demanda espontânea” de usuários dos serviços de saúde do SUS, indicam uma preferência maciça por serviços de pronto-socorros e pronto atendimentos, mesmo após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), serviço este que deveria ser caracterizado pelos usuários como porta de entrada do sistema. Desta forma ocorre uma superlotação nas unidades de atendimentos de emergência, sendo que, o cenário brasileiro tem demonstrado unidades de urgênciamantendo pacientes em observação além das 24 horas, onde a prática correta é estabilizar e encaminhar o paciente para locais mais especializados, e por vezes essas unidades de atendimento de urgência tem mantido pacientes, por falta de articulação em rede ou mesmo da disponibilidade de vagas na assistência terciária(OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Para Pai et al, (2011), os cofatores da superlotação dos serviços de urgência podem ser atribuídos a, desinformação sobre a regionalização e hierarquização dos serviços de assistência à saúde; sistema de referência e contrarreferência desarticulado da rede básica de saúde; falta de credibilidade, e de confiança na instituição, nos serviços e em sua capacidade de solucionar os problemas de saúde.

Considerando que o crescimento da população configura-se desordenadamente nos últimos anos, concomitantemente houve um aumento significativo de doenças crônico-degenerativas, elevado índice de acidentes e da violência e o aumento da criminalidade, além da preferência dos usuários pelos serviços de urgência e emergência, tornou-se urgente a reestruturação da atenção secundária à saúde, visto que através dela equivocadamente, tem-se configurado a porta de entrada do SUS (BERNARDES et al, 2009).

A atenção secundária à saúde é composta pelo: pré e intra-hospitalar formado por unidades fixas e móveis de urgência. As unidades fixas de urgência e emergência são lugares que se designam a realização de serviços médicos requeridos em

caráter de urgência e emergência, para prevenir consequências críticas e prolongar a vida, os quais devem ser feitos imediatamente e podem ser divididos em pronto atendimento, pronto-socorro e emergência (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

O pronto atendimento é a unidade que tem por finalidade prestar assistência dentro do horário que o estabelecimento de saúde está em funcionamento a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos precisam de atendimento imediato. Porém, o pronto-socorro, é um local de saúde designado a realizar atendimento a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de assistência imediata, funcionam nas 24 horas por dia e possuem leitos para possíveis pacientes que precisem de observação; a emergência configura-se em uma unidade de saúde que presta assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde, sejam em caráter de atendimento imediato (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Já as unidades de atendimento móveis, são destinadas à prestar atendimento pré-hospitalar, que é definida como toda e qualquer assistência realizada direta ou indiretamente fora do contexto hospitalar. Esse tipo de assistência à saúde pode ser uma orientação médica, onde a partir da avaliação médica, o mesmo solicita o envio de uma viatura de unidade de suporte básico (USB) ou a unidade de suporte avançado (USA) ao local da ocorrência, em que haja pessoas acometidas por urgência clínica ou trauma, objetivando a manutenção da vida e a minimização de possíveis sequelas. Essas unidades de atendimento são chamadas de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Os pronto-socorros e UPA's (Unidades de Pronto Atendimento), no contexto brasileiro atualmente caracterizam-se por leitos ocupados, pacientes acamados em leitos alocados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima do preconizado pelo MS, sendo este uma hora, significativa tensão da equipe de saúde e pressão para novos atendimentos, evidenciando um desempenho de baixa qualidade do sistema de saúde, o que significa um atendimento sem singularidade e equidade da assistência. Desta forma percebe-se que há necessidade de mudança efetiva no quadro atual dos serviços de urgência e emergência de saúde, pois grande parte dos problemas de saúde dos usuários poderia ser resolvido na Atenção Primária em Saúde (APS), ou nas Unidades de Saúde da Família (USF's), ou mesmo nos ambulatórios (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Batistela, Guerreiro, Rosseto(2008), afirmam que os atendimentos realizados nas UPA's e pronto-socorros são significativamente maiores do que os atendimentos

realizados nas USF's e APS, e que os fatores condicionantes deste fato estão intrinsecamente ligados às necessidades de saúde, aos usuários, a equipe de saúde, à organização e à política local.

A assistência prestada na UPA está diretamente relacionada ao trabalho do SAMU, que organiza o fluxo de atendimento e faz o encaminhamento/regulação do paciente ao serviço de saúde adequado a cada situação, fazendo assim o trabalho em rede. O SAMU presta um serviço de emergência que funciona nas 24 horas por dia e dispõe de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e socorristas que atendem as urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. O atendimento do SAMU é realizado em qualquer lugar, como residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é realizado após a chamada gratuita para o telefone 192, onde a ligação é atendida por técnicos da central de regulação que identificam a emergência e transferem para o médico regulador, onde este fará a operacionalização e orientação de condutas a serem realizadas pelo informante/acompanhante da vítima (BRASIL, 2010 d).

O trabalho do SAMU das UPAS e das emergências, são serviços indispensáveis aos usuários, e proporcionam atendimento que aumenta a sobrevivência do paciente. Assim, os serviços de urgência e emergência precisam ser reorganizados e reestruturados para que o processo de trabalho seja realizado com a única finalidade de prestar assistência de qualidade, com fluxos de atendimento organizados, a fim de integrar a rede de serviços de saúde, onde gestores e profissionais de saúde deverão tomar medidas que sejam implementadas e operacionalizadas, tendo em vista a qualidade da assistência, o menor tempo de espera por atendimento, a correta forma de classificar e avaliar a urgência do atendimento, e assim atenda adequadamente a proposta das políticas de atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2010 d).

Políticas de Urgência e Emergência no Brasil

Ciente dos problemas existentes, o MS brasileiro vem buscando alternativas para a organização da rede de atenção às urgências e emergências, e assim a assistência em urgência e emergência vem sendo reformulada e reestruturada, através de iniciativas do MS, com o objetivo de proporcionar melhorias e mudar a

forma de cuidado na atenção ao usuário que necessite do serviço de urgência e emergência (BRASIL, 2006 a).

Através da instituição da portaria nº 2.923, de junho de 1998, foi determinado investimentos na assistência pré-hospitalar móvel, na assistência hospitalar, nas centrais de regulação das urgências e na capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006 a).

Em 5 de novembro de 2002, o MS institui a Portaria nº 2.048, que determina os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, define normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência, estabelecendo a criação das coordenações do sistema estadual de urgências (BRASIL, 2006 b).

Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, pautada, sobretudo, na necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências (BRASIL, 2004).

Na Política Nacional de Atenção às Urgências ocorre a incorporação de novos elementos conceituais com a revisão de alguns bastante difundidos, como a garantia da universalidade, equidade e integralidade da atenção às urgências, suas diretrizes de regionalização e a qualificação da assistência com a promoção da capacitação das equipes de saúde no atendimento às urgências (BRASIL, 2006 b).

E também fazem parte desta política elementos fundamentais como: a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida, organização de redes loco-regionais de urgência, o componente pré-hospitalar fixo, o componente pré-hospitalar móvel, os componentes hospitalar e pós-hospitalar, a instalação de centrais de regulação médica, a capacitação e educação continuada das equipes de saúde e orientações segundo princípios de humanização (BRASIL, 2006 b).

Em 2004, o MS lançou a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), que apresenta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no processo de trabalho, de resolutividade e de produção de saúde nos serviços de urgência (ABBÊS; MASSARO, 2004).

Humanização e Acolhimento em Urgência e Emergência

Para que o atendimento em urgência/emergência seja resolutivo e pautado na humanização, é imprescindível que a mão de obra seja qualificada e

concomitantemente tenham-se estruturas físicas e tecnológicas adequadas para a realização de procedimentos e acompanhamentos(MACIAK et al, 2009).

Uma das proposições nessa nova abordagem realizada pelo profissional em saúde é saber ouvir os usuários para coletar informações corretas e poder atender e direcionar as expectativas dos mesmos, considerando que é características essenciais do serviço de urgência e emergência, o ambiente conturbado, a impessoalidade e falta de privacidade devido ao grande número de usuários, a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de saúde, o número insuficiente de profissionais da equipe de enfermagem e de médicos, o ritmo excessivo de trabalho e a ansiedade, que geralmente tendem a levar a comunicação impessoal, técnica e mecanizada com o passar do tempo (KLOCK et al, 2006).

Dessa forma, ocorreu a preocupação com a humanização e neste panorama que a mesma surgiu, através da vivência dos trabalhadores e usuários, onde pode atribuir-se, ao valor dos sujeitos envolvidos no processo de fazer e produzir saúde, contemplando usuários, trabalhadores e gestores (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Assim, compreende-se que o trabalho em urgência e emergência é permeado pelo encontro de pessoas que trazem necessidades de saúde e outras que possuem e dispõem de conhecimentos técnicos e específicos que através deles buscam caminhos para solucionar o problema apresentado pelo usuário. Dessa maneira são evidenciados sentimentos, emoções e identificações que podem dificultar ou facilitar a utilização dos conhecimentos técnicos do profissional na percepção das necessidades do usuário (GARLET et al, 2009).

A humanização vista como política de atuação implica em traduzir e aplicar os princípios do SUS como forma de operacionalizar os diferentes equipamentos e sujeitos da saúde, e assim construir trocas solidárias e comprometidas com a tarefa de produção de saúde para oferecer um eixo articulador em rede das práticas em saúde e propagar a PNH (BRASIL, 2004).

A PNH aponta para a valorizaçãoda dimensão subjetiva e coletivanas práticas de atenção e gestão do SUS, pontuando a importância do trabalho em equipe multiprofissional, apoiando a construção e manutenção de redes cooperativas e solidárias com a produção de saúde, destacando a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos com a co-responsabilidade dos envolvidos no processo de gestão (BRASIL, 2004).

A humanização observada como fator de utilização pelos profissionais de saúde que atuam na urgência/emergência podem auxiliar na atuação do atendimento, segurança da equipe, do usuário, diminuição da ansiedade pelos profissionais e familiares, melhor prestação de serviço, fortalecimento do controle social com caráter participativo de toda a rede do SUS através da importância do compromisso com a democratização das relações de trabalho e do verdadeiro valor dos trabalhadores de saúde, além de valorizar a ambiência com a organização do trabalho, para criar ambientes saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2010 b).

Baggio, Callegaro, Erdmann(2009) afirmam que corriqueiramente alguns profissionais de saúde no curso de suas atividades em unidades de urgência e emergência evidenciam grande preocupação com os aspectos biológicos do ser humano, e pouco valorizam os demais aspectos do ser, retomando a utilização do modelo biomédico obsoleto. E assim, realizam cuidado fragmentado, sem consistência e verticalizado, no que concerne a co-participação do usuário, pois não consideram o ser humano na sua totalidade e complexidade. E dessa forma os profissionais em saúde seguem praticando e utilizando a triagem como forma de caracterizar a ordem de atendimento.

O uso do termo triagem no Brasil é pouco aceito, visto que se perfaz em uma ação administrativa e repasses de encaminhamentos. Ainda que, em outros países justifica-se a utilização apropriadamente da triagem quando ocorrem catástrofes, e assim realizam o processo de classificação de risco as vítimas em meio ao ocorrido (ALBINO, GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007).

A utilização do termo acolhimento e substituição pelo uso do termo triagem foi evidenciada a partir de 2004 através da PNH, onde define que o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que resulta na modificação da relação trabalhador da saúde e / usuário por meio de especificações técnicas, éticas, humanitárias e de solidariedade. O acolhimento é uma forma de atuar através dos processos de trabalho em saúde, e assim atender todos que buscam os serviços de urgência/emergência, ouvindo suas queixas e assumindo na unidade uma postura capaz de acolher, escutar ativamente e oferecer respostas adequadas e resolutivas aos usuários. Resulta em prestar atendimento com responsabilização por parte do serviço e profissional, orientando o paciente e a família a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e assim, estabelecer articulações em rede garantindo a eficácia e eficiência desses encaminhamentos (BRASIL, 2004).

O conhecimento sobre acolhimento na área da saúde tem sido identificado e traduzido como uma dimensão espacial realizada em um ambiente confortável e também com uma relação estrita com a triagem e os encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2010 a).

Utilizando o acolhimento para a perspectiva dos processos de trabalho, este não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, traduz-se no compartilhamento de saberes, angústias, invenções, cuidados, e resulta na responsabilização para si, de alojar outrem em suas demandas de forma resolutiva (BRASIL, 2010 e).

Deve-se cuidar para não limitar a definição de acolhimento ao problema da recepção, ou da demanda espontânea, tratando-o como uma proposta aberta a alterações conforme cada necessidade ou como algo que qualifica a relação entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2009).

O fazer acolhimento se estabelece e se concretiza no cotidiano das práticas em saúde por meio da escuta qualificada, ativa e da capacidade de atendimento entre a demanda do usuário e o tempo de resposta do serviço. Está comprometida em qualificar a produção de saúde incorporada à responsabilidade por aquilo que não é possível e viável direcionar e encaminhar imediatamente baseada na ética e de maneira responsável com garantia de acesso ao cliente. Assim os profissionais em saúde realizam e praticam acolhimento (BRASIL, 2006 b).

O sistema de urgência e emergência ainda convive com longas filas de espera, onde os usuários disputam atendimentos sem critério algum de atendimento, a não ser a hora de chegada, a não distinção dos riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns usuários se agravem na fila, podendo gerar sequelas irreversíveis ou até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado (BATISTELA; GUERREIRO; ROSSETO, 2008).

Essa forma que se operacionaliza o atendimento de urgência e emergência desvela a perversa lógica na qual este tipo de serviço vem realizando no trabalho cotidiano, focando a doença e não o sujeito e suas particularidades e necessidades, e muitas vezes repassando o problema para outro, ao invés de admitir a responsabilidade por sua resolução (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

É necessário e imprescindível estabelecer e realizar mudanças na forma de abordagem e atendimento dos serviços de urgência e emergência, pois o risco e a vulnerabilidade estão presentes naquele instante. E nesse contexto não pode deixar

deconsiderar as percepções do usuário e da rede social que o mesmo está inserido, acerca do seu processo de saúde/doença, o que implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico dos mesmos, promovendo, assim, um cuidado humanizado e acolhedor, e fazendo necessária a operacionalização dessas mudanças por meio do acolhimento com classificação e avaliação de risco (ACCR) (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Protocolo de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR)

Na definição para o ACCR, o Ministério da Saúde institui que essa postura consiste em uma diretriz operacional que unifica as ações de acolhimento juntamente com as de classificação de risco do usuário e alicerçada na PNH. Isso quer dizer que, no ACCR, o usuário que busca atendimento no serviço de urgência e emergência é acolhido, ouvido, encaminhado à consulta de enfermagem onde será classificado conforme o grau de risco de seu agravo e atendido pelo médico de acordo com a urgência do caso (JÚNIOR, MATSUDA, 2012).

A avaliação com classificação de risco auxilia na determinação de maior ou menor presteza no atendimento ao usuário, através de um protocolo previamente estabelecido, que analisa o grau de necessidade do usuário a partir dos sinais e sintomas que o mesmo apresenta e assim realizando uma assistência fundamentada no nível de complexidade e necessidade do usuário, e não na ordem de chegada (BRASIL, 2006 b).

O protocolo da classificação de risco é um instrumento que organiza a fila de espera e propõe uma nova ordem de atendimento que não à ordem de chegada, e concomitantemente estabelece outros objetivos como: a garantia do atendimento imediato do usuário com grau de risco eminente de vida; a informação para o cliente que não corre risco eminente de vida sobre o tempo que provavelmente esperará; o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; melhores condições de trabalho para a equipe; a melhoria da satisfação dos usuários e especialmente a possibilidade da pactuação e da construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Dessa forma a classificação de risco atua no sentido de: avaliar e classificar o usuário na chegada do serviço de urgência e emergência humanizando as ações na assistência prestada; amenizar a demanda e a permanência de pacientes no pronto-

socorro; diminuir o tempo de esperado atendimento médico para que o usuário seja visto de forma rápida e de acordo com a gravidade apresentada; encaminhar o usuário diretamente às especialidades conforme a sua situação e necessidade; informar o tempo de espera dos encaminhamentos que serão realizados; realizar orientação os usuários sobre o a atuação do serviço e retornar informações a familiares (BRASIL, 2006 a).

Entretanto, a classificação de risco apresenta alguns nós críticos, como: a ampliação ao acesso dos usuários sem que ao mesmo tempo ocorra sobrecarga de trabalho das equipes e nem prejudique a qualidade das ações e procedimentos; quebrar o paradigma da prática obsoleta fundamentada no modelo biomédico onde visa à dimensão biológica, e exercer a prática da escuta ativa; reconfigurar a atuação do profissional médico de forma a integrá-lo no trabalho em equipe; modificar o processo de trabalho de forma a melhorar a capacidade dos profissionais de distinguir os problemas apresentados pelos usuários, como também melhorar a capacidade da equipe em identificar riscos e dar respostas eficazes e adequadas à complexidade dos problemas de cada usuário, e ainda explicitar, educar e discutir essa nova proposta com a população para que eles possam compreender a metodologia dos processos, como também os profissionais de saúde e os atores políticos, visando ampliar o conhecimento e a construção de novos saberes em saúde (BRASIL, 2006 b).

Para que a classificação de risco possa ser uma realidade, faz-se necessário o estabelecimento de fluxos e protocolos de atendimento; investir na capacitação das equipes de acolhimento e classificação de risco; implantação do sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos, o perfil da clientela e horários que os fluxos de atendimento são maiores; além da adequação da estrutura física das áreas de atendimento de urgência/emergência e pronto-socorro (BRASIL, 2006 a).

O protocolo de classificação de risco propõe a inclusão e não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento e sim organizar e garantir o atendimento de todos, visando à reorganização e reestruturação dos serviços de urgência e emergência, para assim contemplar a crescente demanda dos usuários. Quando o acolhimento com classificação de risco torna-se um guia orientador para a atenção e gestão nos serviços de urgência e emergência, outros modos de estar, ocupar e

trabalhar irão ser fortalecidos e se expressarão através de fluxos adequados para favorecer os processos de trabalho (BRASIL, 2009).

A classificação de risco foi baseada nos moldes do “Protocolo de Manchester”, onde foi e amplamente divulgado no Reino Unido (Manchester 1997), estando em curso sua aplicação em vários países. O protocolo de Manchester se faz através de uma metodologia que identifica rapidamente as necessidades dos usuários que procuram o serviço de urgência, possibilitando fazer o atendimento primeiramente dos casos mais graves e não por ordem de chegada. Esta metodologia busca inicialmente identificar sinais que possibilitam atribuir o grau de prioridade clínica e o tempo máximo de espera para cada usuário (BRASIL, 2009).

O protocolo é composto por eixos ou áreas que demonstram o grau de risco dos usuários, e assim os classificam. O atendimento é dividido em eixos como: o primeiro eixo é o vermelho caracterizado pelo atendimento das urgências traumáticas e clínicas de maior gravidade; o segundo eixo é o laranja que corresponde aos casos extremamente urgentes; o terceiro é o amarelo que atende os casos urgentes; o quarto é o verde que é caracterizado pelos casos pouco urgentes e o último eixo é o azul composto pelos pacientes não urgentes. Em cada segmento dos eixos são determinadas as condições ou quadros clínicos de saúde de cada usuário e o tempo de espera em que o mesmo deve aguardar para ter atendimento específico e conforme a sua classificação através da cor do eixo (BRASIL, 2009).

Este tipo de classificação é realizado pelo profissional enfermeiro de nível superior, e preferencialmente tenha experiência em serviço de urgência/emergência e somente após capacitação e treinamento específicos para que a atividade possa ser desenvolvida com ética, responsabilidade, destreza e humanização, e sempre devem ter respaldo do profissional médico (ALBINO, GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007).

Assim, é imprescindível a utilização dos protocolos para que ocorra a reorganização e reestruturação das urgências e emergências do país, pois os protocolos são instrumentos que objetivam sistematizar e avaliar a necessidade iminente de atendimento aos usuários, se fazendo assim uma nova maneira de gerir e fazer saúde com responsabilidade, técnica, precisão, postura acolhedora, humanizada através da inserção e utilização dos serviços de urgência/emergência na rede local em saúde (BRASIL, 2009).

CONCLUSÃO

Diante do exposto é impreterível que se institua a prática da classificação de risco nas urgências/emergências hospitalares, tendo em vista as várias tentativas fracassadas de reestruturação desses serviços, pois o protocolo auxiliará na reestruturação dos atendimentos e se faz uma ferramenta do processo de trabalho imprescindível para a atuação dos profissionais inseridos na dinâmica do acolhimento, como também fomentará o cuidado humanizado e acolhedor.

Através do “Protocolo de Manchester”, que, em sua premissa classifica o atendimento por meio do grau de risco do paciente e não por ordem de chegada, percebe-se que há uma modificação no olhar para o paciente que precisa do serviço de urgência/emergência e que a atuação dos profissionais torna-se mais efetiva, eficiente e resolutiva. A adesão ao protocolo de classificação de risco não se limita apenas a organização dos processos de trabalho através dos gestores e profissionais, mas também proporciona atendimento de boa qualidade em consonância com os princípios do SUS, e concomitantemente aumenta a chance de sobrevida do usuário e diminui a morbimortalidade dos mesmos.

O protocolo atua no sentido de propor mudanças desde o momento que o usuário adentra no serviço, recebendo os devidos atendimentos e encaminhamentos para serviços de maior ou menor complexidade sendo referenciados ou contra-referenciados para outras unidades da rede em saúde. Possibilitando assim, o trabalho em rede e a utilização de todos os serviços que o SUS preconiza em sua atuação. Torna-se inadmissível que se mantenha o atendimento nos serviços de urgência/emergência por ordem de chegada, visto que esse tipo de conduta já não condiz com a real situação vigente no país, pois atuando através da ordem de chegada tem-se visto que o risco de morbimortalidade aumenta vertiginosamente, como também a superlotação que proporciona atendimentos sem qualidade e resolubilidade.

Através do protocolo de classificação de risco ocorre a detecção de situações não emergenciais que podem ser encaminhadas para as USF's, e assim evidencia-se a real necessidade de atendimento por aqueles que precisam do serviço de urgência/emergência, priorizando esses pacientes e aumento as chances de sobrevida. Além disso, a espera pelo atendimento torna-se acolhedora e humanizada, pois o profissional enfermeiro no momento do acolhimento realiza a

escuta ativa ouvindo as queixas do paciente após a entrada do mesmo no serviço, proporcionando uma aproximação do profissional e paciente e ratificando a ambiência acolhedora.

Embora o protocolo de classificação de risco ocasione todos esses benefícios, ainda existe uma certa resistência por parte de alguns profissionais que acreditam que essas condutas oneram gastos indevidos devido a utilização de tecnologias duras para a realização desse tipo de atendimento, como também a não aceitação do protocolo devido a falta de conhecimento real sobre a forma de atuação do papel de cada profissional envolvido no processo de atendimento, e ainda há profissionais que possuem dificuldades de esclarecer a população sobre esse método inovador de fazer saúde, e assim possuem problemas e desentendimentos com o usuário quando o mesmo precisa esperar através da ordem da classificação.

E ao mesmo tempo, não existe boa aceitação por parte dos usuários que entendem que o atendimento por ordem de chegada é justo e correto, pois não compreendem que um paciente que chegou depois dele por vezes é atendido primeiro por ter sido classificado como grave. Essa situação muitas vezes causa um desconforto entre profissionais e usuários levando a constrangimentos e desentendimentos.

Serviços que já realizam a prática do protocolo afirmam que essa medida tem sido eficaz na organização dos fluxos de atendimentos e melhora da qualidade dos atendimentos realizados, mais é imprescindível a prática da capacitação constante dos profissionais envolvidos e o esclarecimento da população quanto a esse novo serviço, pois assim tanto os profissionais de saúde como os usuários vislumbram o objetivo real do protocolo, que proporcionar atendimento de qualidade, assistência humanizada, acolhedora e resolubilidade nas ocorrências emergenciais.

No debate sobre o protocolo de classificação de risco, observa-se que essa nova forma de fazer saúde tem recebido mais elogios do que críticas, pois parte dos profissionais e da população tem começado a compreender que a utilização do protocolo tem benefícios ímpares para a resolução dos problemas que as urgências/emergências do país têm enfrentado como superlotação, falta de atendimento acolhedor e humanizado, dificuldade do trabalho em saúde em rede, precárias condições de trabalho e atuação dos profissionais e sobrecarga de trabalho para os profissionais que atuam nas urgências/emergências, levando-os a

refletirem sobre essa nova ferramenta estratégica de trabalho de fazer e produzir saúde.

Através do estudo verificou-se que a proposta da classificação de risco se estabelece como uma ferramenta necessária para a reestruturação das urgências/emergências hospitalares e como uma ferramenta estratégica para a consolidação do processo de trabalho em saúde, de forma a contemplar os pilares do SUS e reorganizar a proposta do serviço de urgência/emergência. O protocolo de risco proporciona atendimento através do risco eminente de vida do paciente, da necessidade clínica que o mesmo tem por atendimento imediato, e não através da ordem de chegada e assim organiza e viabiliza uma atuação melhor da equipe de saúde.

Possivelmente sua implantação e implementação causará desconforto para profissionais e para usuários que estão acostumados com o arcaico sistema da operacionalização dos atendimentos por ordem de chegada que ainda é vigente no país. Todavia, há uma necessidade de esclarecer os profissionais e a população sobre essa nova forma de atuação nas urgências/emergências, para que assim ambos possam serem educados a compreender essa estratégia de trabalho e assim poderem identificar de acordo com seu problema de saúde o nível de atenção que necessitam, diminuindo a procura desnecessária dos serviços de urgência/emergência, e concomitantemente diminuindo as filas de espera por atendimentos, a demanda nas unidades de pronto socorro e tornando o atendimento justo e eficaz.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M; GROSSEMAN, S; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinense de Medicina**, Florianópolis, v, 36, n. 4, 2008.

BAGGIO, M. A; CALLEGARO, G. D; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, Maio/Jun. 2009.

BATISTELA, S; GUERREIRO, N. P; ROSSETO, E. G. Os motivos de procura pelo Pronto-Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, jul/dez. 2008.

BERNARDES, A. et al. Supervisão do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, São Paulo, v. 8,n.1, Jan/Mar. 2009.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS– Série B. Textos Básicos de Saúde – 2ª edição – Editora MS – Brasília: DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências/ Série A. Normas e

Manuais Técnicos – Editora MS – Brasília: DF, 2006 a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências/ Série E. Legislação de Saúde – 3ª edição ampliada – Editora MS – Brasília: DF, 2006 b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde/ Série B. Textos Básicos de Saúde – 2ª edição – 5ª reimpressão – Editora MS – Brasília: DF, 2010 a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS– Série B. Textos Básicos de Saúde – 4ª edição – 4ª reimpressão – Editora MS – Brasília: DF, 2010 b.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência/ Série B. Textos Básicos de Saúde – Brasília: DF, 2009. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. UPA 24h - Mais agilidade e eficiência na Saúde. Brasília, DF: banco de dados, 2010 c. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/unidade_pronto_atendimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é o SAMU?. Brasília, DF: banco de dados, 2010 d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Saúde. Legislação. Urgência e Emergência/ Portarias do Ministério da Saúde. Brasília, DF: banco de dados, 2010 e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html

EVANGELISTA, P. A; BARRETO, S. M; GUERRA, H. L. Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2008.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.2, Abr/Jun. 2009.

GUIDUGLI, F; CASTRO, A. Projeto de pesquisa de uma revisão sistemática. **Planejamento da pesquisa clínica**, São Paulo, 2011.

JÚNIOR, J. A. B; MATSUDA, L. M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, Abr/Jun, 2012.

KLOCK, P. et al. Reflexões sobre a Política Nacional de Humanização e suas interfaces no trabalho da enfermagem em instituição hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, set/dez. 2006.

MACIAK, I; SANDRI, J. V. A; SPIER, F. D. Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem**, Cascavel, v. 14, n. 1, Jan/Mar. 2009.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Ago. 2008.

OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R. A; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, 2009.

PAI, D. D; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexo do discurso vazio no acolhimento com classificação de risco. Esc. **Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2011.

QUEIROZ, A. F; MORAES, O. M. et al. Reestruturação da assistência em urgência e emergência com o protocolo de classificação de risco: uma revisão sistemática. **Ciência et Praxis**, Minas Gerais, v. 5, n. 9, 2012.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, São Paulo, v.17, n. 1, 2009.

SAMPAIO, R. F; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, Jan/Fev. 2007.

SOUZA, R. B; SILVA, M. J. P; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, 2007.

ULHÔA, M, L; GARCIA, F ,C et al. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **Revista Gestão Organizacional**, Belo Horizonte, v. 3, n.1, Jan/Jun. 2010.

VALENTIM, M. R. S; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de Saúde em Emergência e a Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Abr/Jun. 2009.

ZEM, S, K, K; MONTEZELI, J, H; PERES, A, M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 13, n. 4, 2012.