

Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Hospital Público de Médio Porte e a Responsabilidade da Atenção Básica

User Embracement With Risk Evaluation and Classification in Public Mid-Sized Hospital and the Responsibility of Primary Care

Mariana Angela Rossaneis^{a*}; Maria do Carmo Lourenço Haddad^b; Marli Terezinha Oliveira Vannuchi^b;
Andreza Daher Delfino Sentone^b; Carmem Silva Gabriel^a

^aEscola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil

^bDepartamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil

*E-mail: rossaneis@hotmail.com

Recebido: 08 de dezembro de 2010; Aceito: 02 de junho de 2011.

Resumo

Nesta pesquisa tem-se como objetivo descrever a experiência da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco em hospital público de médio porte, ressaltando as dificuldades e facilidades encontradas em cada etapa da implantação e a responsabilidade da rede de atenção básica neste processo. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, cujos dados foram coletados entre fevereiro e agosto de 2009. A população foi composta por profissionais da instituição em estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de observação das ações efetuadas para a implantação do acolhimento com avaliação, classificação de risco e discussões sobre essa temática entre os autores do estudo. Constatou-se maior agilidade no atendimento no pronto-socorro após a implantação do sistema de classificação de risco, principalmente, no fluxo de atendimento dos pacientes graves, que são assistidos precocemente e com maior resolutividade. O acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização do processo de trabalho na instituição em estudo, mas são necessários investimentos na rede de atenção básica para que os usuários possam ser atendidos com resolutividade e humanização nas Unidades Básicas de Saúde, reduzindo a superlotação dos pronto-socorros.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização da Assistência. Serviço Hospitalar de Emergência. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This work aims to describe the reception implementation experience with a risk evaluation and classification in med-sized public hospitals, showing the difficulties and facilities found in each implementation stage and the responsibility of primary health care in this process. This is an exploratory descriptive study in which data was collected in August 2009. The population was composed by professional workers of the institution under study. The data collection was performed through the observation of actions performed in order to implement a reception with risk classification and evaluation and discussions on this theme among the authors of the study. A greater agility in the emergency room was observed after the implementation of the risk classification system, especially in the flow of the critically ill patients attendance, who are assisted earlier and with better resolution. The reception with risk evaluation and classification is arranged as one of the potentially decisive interventions in the work process reorganization of the institution under study. Nevertheless, investments are required in primary health care network so that users can be assisted with effectiveness and humanization on Primary Health Units, reducing overcrowding in emergency rooms.

Key words: User Embracement. Humanization of Assistance. Emergency Service, Hospital. Primary Health Care.

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo que garante em seus princípios o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A lei 8.080 de 1990 que caracteriza o SUS, determina que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício¹.

Contudo, esta não é a realidade que a maioria dos brasileiros vivencia. Um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários.

A esses problemas acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o despreparo dos profissionais e o baixo investimento em educação permanente em saúde, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários².

Para promover a melhoria nas condições de saúde no país, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, o Humaniza SUS, que tem objetivo de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde, garantindo que a assistência seja baseada em suas diretrizes.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos,

a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão².

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder³.

Uma das diretrizes de maior relevância nesta política é o acolhimento, definido como processo de práticas de saúde que implica na responsabilização da equipe de saúde pelo usuário desde a sua chegada até sua saída². O acolhimento enquanto uma das estratégias da política nacional de humanização propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento das instituições de saúde, para que o serviço seja organizado de forma a atender melhor o usuário, e se modifique o modelo assistencial, que antes era centrado no médico e atualmente deve ser centrado em uma equipe multiprofissional ou equipe de acolhimento, empenhada em escutar o usuário, comprometendo-se em solucionar seu problema de saúde⁴.

Apesar da importância do acolhimento nas práticas de atenção e gestão, os serviços de urgência e emergência apresentam alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros³.

Os serviços de urgência e emergência vêm enfrentando um grave problema pela superlotação devido à demanda reprimida em outros serviços de saúde. Dessa forma, os prontos socorros acabam funcionando como porta de entrada da rede de saúde, atendendo quadros de urgência, casos percebidos pelo usuário como urgência e usuários que não são atendidos na atenção básica e especializada. Esta situação é ainda mais agravada pela falta de recursos físicos e materiais, falta de profissionais qualificados e condições de trabalhos insalubres⁵.

Para promover o acolhimento e aumentar a resolutividade dos serviços de saúde o Humaniza SUS prevê a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR) nos serviços de urgência e emergência como forma de acolher e atender a demanda de acordo com a avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência¹. Para isto se fazem necessárias equipes capacitadas para identificar necessidades e definir prioridades de cada paciente.

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes

o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade⁶.

A classificação de risco é necessária para organizar o fluxo de atendimento aos usuários que buscam as portas de entrada dos prontos-socorros garantindo um atendimento resolutivo e humanizado aqueles em situações de risco a saúde.

Este estudo vem contribuir com as pesquisas da área de saúde ao descrever a experiência da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco em um hospital público de médio porte e a responsabilidade da atenção básica neste processo.

2 Material e Métodos

Neste relato de experiência procuramos discutir a vivência da implantação do AACR em um hospital público de média complexidade e a responsabilidade da atenção básica a saúde do município neste processo.

A instituição do estudo é um hospital de média complexidade que conta com 65 leitos sendo 30 para internação em clínica médica adulto, 14 clínica pediátrica, 15 leitos para pacientes adultos cirúrgicos e 6 para pacientes infantis cirúrgicos.

O pronto-socorro funciona 24 horas e atende os pacientes encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demanda espontânea. Os atendimentos são realizados no Pronto-Socorro Médico; Pronto-Socorro Cirúrgico; Pronto-Socorro Ortopédico; e Pronto-Socorro Pediátrico. O centro cirúrgico realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

Em fevereiro de 2009 o hospital instituiu um Programa de Melhoria da Qualidade do Atendimento e Humanização no pronto socorro baseado na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde e a primeira ação deste programa foi a implantação do AACR.

Para a elaboração e implementação deste programa, primeiramente, formou-se um grupo de trabalho multidisciplinar constituído pela Diretora Clínica, a Assistente Social, a Coordenadora de Enfermagem, a Enfermeira responsável pela Educação Continuada, uma Enfermeira Supervisora do pronto socorro, uma Docente e duas Residentes de enfermagem da área de gerência de serviços de enfermagem. A formação deste grupo teve como objetivo direcionar as atividades para implantação do programa através de um modelo de gestão participativa no qual as decisões passaram a ser tomadas em equipe, visando atender as necessidades do serviço de maneira global.

Os dados foram coletados durante o estágio da Residência de Gerência dos Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR na instituição em estudo, entre os meses de fevereiro a agosto de 2009, período este que abrangeu desde o planejamento a execução das atividades

para a implantação do AACR.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante dos autores deste estudo nas ações efetuadas para a implantação do AACR e reuniões semanais entre o grupo de trabalho, em que se discutiam as práticas de atendimento ao usuário utilizando a estratégia do Humaniza SUS, buscando-se reformular as práticas assistenciais de forma que proporcionassem integração entre os serviços de saúde que compunham a rede de atenção saúde do município.

A análise dos dados deu-se pela descrição das estratégias utilizadas na implantação do AACR e de que maneira este sistema foi desenvolvido no referido hospital e a relação à atenção básica neste processo, utilizando o referencial teórico sobre este tema, a fim de relacionar a realidade vivenciada com a bibliografia existente.

Para a realização do estudo obteve-se a autorização da Direção Clínica, da Direção Administrativa e Coordenação de Enfermagem da instituição (Anexo 1). Os trabalhadores que participaram da elaboração do planejamento da implantação do AACR e da capacitação dos profissionais foram comunicados sobre a realização desta pesquisa.

3 Resultados e Discussão

3.1 Implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco

Para proceder à análise e discussão dos resultados, optou-se por descrever todas as etapas percorridas para a implantação do AACR no pronto socorro onde o estudo foi realizado.

A ideia de implantação do acolhimento surgiu da necessidade de reorganizar o fluxo de atendimento no pronto socorro de forma que os casos de maior gravidade fossem identificados e priorizados promovendo maior humanização da assistência. A proposta consiste em ouvir o usuário que busca o serviço, ampliando a acessibilidade em todos os níveis da assistência, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados e com resolutividade.

O grupo de trabalho estabeleceu diversas estratégias de comunicação com o objetivo de otimizar os processos de trabalho e elaborar o planejamento para a implantação. Foram realizadas reuniões semanais entre os integrantes do grupo, reuniões mensais com as Diretorias (Geral, Clínica e Administrativa) e reuniões com representantes de cada categoria profissional. A comunicação eficaz, vertical e horizontal é muito importante no processo de trabalho em saúde. No final da década de 70, Kron⁷ recomendava que as mudanças que afetarem os trabalhadores devem ser comunicadas, assim como o que se espera de cada um deles. Ressalta ainda, que os benefícios para os clientes internos e externos devem ser divulgados, assim como deve ser comunicado que todos terão a oportunidade de se capacitarem no desenvolvimento de novas práticas.

O projeto de implantação foi apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e posteriormente divulgado aos

coordenadores das UBSS e aos outros serviços de saúde que o hospital é referência e/ou referencia pacientes.

O grupo de trabalho optou pela elaboração de um Planejamento Estratégico Situacional para identificar os problemas e traçar planos e metas para atingir o objetivo. O planejamento estratégico situacional é importante instrumento que favorece fazer escolhas e elaborar planos que ajudam a enfrentar os processos de mudança. Este método é um permanente exercício de diálogo e de reflexão sobre os problemas que incidem em dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipar possibilidades de decisão e preparar estratégias para a obtenção de governabilidade sobre as mesmas⁸.

O planejamento estratégico elaborado pelo grupo de trabalho identificou como problemas: a desorganização do atendimento; a inadequação da estrutura física; a falta de capacitação do profissional de enfermagem responsável pelo acolhimento; a realização do atendimento por ordem chegada sem considerar o grau de risco e a demanda espontânea superior a capacidade de atendimento, sendo que a maioria das queixas poderia ser sanada na atenção básica. Esta realidade também foi identificada em uma unidade de saúde no município de Florianópolis-SC que também optou pela implantação do acolhimento para resolver questões referentes ao processo de atendimento à população que era determinado por uma divisão burocrática de trabalho, centrada no médico, e o fluxo de atendimento era rígido, restringindo o acesso da população ao serviço⁹.

Baseados nos problemas identificados, o plano de trabalho discutido e aprovado pelo grupo pautou as seguintes ações: adequação da área física e sinalização no pronto socorro para as áreas correspondentes aos eixos: vermelho, amarelo, verde e azul; elaboração do protocolo de avaliação e classificação de risco embasado na política de humanização do MS com apoio da equipe multidisciplinar; reuniões com os coordenadores dos serviços de nível primário no qual o hospital referencia e é referenciado; capacitação dos trabalhadores AACR e manuseio do protocolo; divulgação do processo ao usuário.

A elaboração do protocolo do AACR foi realizada por dois enfermeiros e um médico que atuam no pronto socorro da instituição. O protocolo foi fundamentado no modelo descrito pelo MS com alguns reajustes para adequá-lo à realidade do hospital onde o estudo foi realizado. Os manuais são necessários, pois permitem que sejam consultados quando houver dúvida na realização de algum procedimento, bem como explica as responsabilidades do profissional¹⁰. Em estudo realizado em um pronto socorro de um hospital universitário de Curitiba-PR em que o AACR foi implantado, a elaboração de protocolos de atendimentos de enfermagem e fluxogramas para avaliar e classificar o grau de risco de cada usuário possibilitou maior agilidade no atendimento dos pacientes graves¹¹.

Para a capacitação foram convocados todos os profissionais

de enfermagem, os médicos plantonistas do pronto socorro, os funcionários responsáveis pela portaria, recepção, e telefonia e representantes dos setores administrativos (recursos humanos, faturamento, almoxarifado) e dos serviços gerais.

A capacitação foi realizada em dois dias, após a jornada de trabalho com carga horária de 16 horas, liberadas como horas extras. Foram utilizadas metodologias pedagógicas interativas e problematizadoras e os temas discutidos foram: a política nacional de humanização; o processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência associado ao princípio da ambiência; apresentação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco; estudos de caso baseados na realidade da demanda do hospital; e a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no local onde o estudo foi realizado.

A educação em saúde deve proporcionar o desenvolvimento de uma aprendizagem que indique mudanças de comportamento no local de trabalho. Para que isto ocorra recomenda-se que o contexto do treinamento seja semelhante ao processo de trabalho. É imprescindível proporcionar treinamentos práticos e problematizadores da atividade profissional, de modo que o trabalhador seja capaz de generalizar os conhecimentos adquiridos¹².

Participaram da capacitação representantes de UBSs da cidade com o objetivo de divulgar a Política Nacional de Humanização e o novo fluxograma de atendimento do hospital e capacitá-los para referenciar e orientar os usuários que buscam este serviço de forma correta. Além disso, estabelecer um sistema de referência e contra referência de forma que os usuários recebam atenção integral e possam ser acompanhados pelas UBS a sua área de abrangência após a alta hospitalar para evitar a reinternação ou o agravamento da patologia por falta de assistência. O caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de emergência deve ser de caráter sistêmico e ter como foco o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho¹³.

O grupo de trabalho atuou junto à comunidade externa realizando palestras sobre o tema na recepção do hospital, divulgação do processo aos usuários do pronto socorro através de banners e folders que continham explicações sobre a avaliação e classificação de risco e também se buscou a publicidade por meio da imprensa local.

Após a implantação, a avaliação e classificação dos usuários realizadas pelo enfermeiro, com o respaldo médico, segundo o protocolo estabelecido, a avaliação é registrada na ficha de atendimento.

A consulta médica é realizada segundo a classificação por cores: vermelho, pacientes com risco de morte, atendimento imediato; amarelo, pacientes críticos e semi-críticos, atendimento imediato; verdes, casos não urgentes, atendimento o mais rápido possível; azuis, consultas de baixa complexidade, atendimento de acordo com o horário de

chegada. Os pacientes permanecem na sala de espera após a avaliação e são reavaliados enquanto aguardam o atendimento.

Observou-se que houve maior agilidade no atendimento no pronto-socorro após a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco, principalmente, no fluxo de atendimento dos pacientes graves que são atendidos precocemente com maior resolutividade.

Contudo, ficou ainda mais evidente a demanda reprimida, não apenas para os serviços atenção básica, como também para os que aguardam procedimentos especializados para diagnósticos de patologias ou cirurgias e buscam os prontos-socorros para tratamento dos sintomas, uma vez que se identificou que a maioria dos usuários que procuraram atendimento no pronto-socorro do hospital poderia ter seu problema resolvido em outros serviços que compõe a rede de saúde do município.

3.2 Acolhimento com avaliação e classificação de risco e a responsabilidade da Atenção Básica

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, esta se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e deve utilizar de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território¹⁴.

Um dos fundamentos dessa política determina que é função da atenção básica possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde¹⁴.

Mas, não é esta a realidade observada, a falta de profissionais capacitados, a escassez de recursos, materiais e medicamentos e o número reduzido de consultas e vagas para realização de exames são alguns dos principais motivos pelos quais a população busca atendimento nos prontos socorros de hospitais de médio porte para tratamentos de patologias que poderiam ser atendidas na atenção básica, agravando ainda mais o problema de superlotação nos prontos socorros e dificultando o acesso dos usuários que realmente necessitam deste tipo de serviço.

Além disso, a ausência de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, ou seja, a falta de ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de agravos nas UBSs resulta no aumento de pacientes com doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia nos serviços de urgência, uma vez que estes pacientes não receberam a assistência necessária para não adquirir a doença ou como realizar o controle dessas patologias.

Uma das estratégias para combater esta realidade foi determinada pelo Pacto pela Saúde realizado em 2006, assinado por representantes das três esferas de governo

que estipula o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica do Programa Saúde da Família. Com destaque para as ações promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio da promoção de atividades físicas, hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. Dessa forma o processo saúde-doença será interrompido ao passo que aumente a qualidade de vida da população¹⁶.

Outra estratégia para melhorar o acesso a saúde da atenção básica descrita na Política Nacional de Humanização propõe ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos¹. Estudos mostram que o modelo hospitalocêntrico vem sendo, ao longo das últimas décadas, substituído pelo modelo caracterizado por maior integração entre os serviços, desenvolvimento de redes assistenciais, constatação que nenhum serviço, isoladamente, dispõe de recursos humanos, financeiros, competência e tecnologia para fazer frente à atenção integral a saúde da população. O chamado “sistema sem muros”, com acesso irrestrito, devidamente regulado e interligado por corredores virtuais¹³⁻¹⁵.

Na atenção básica o acolhimento deve ser organizado de modo a promover a ampliação efetiva do acesso a atenção primária e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva¹.

Outro parâmetro para a implantação desta Política é a definição de responsabilidades da equipe de referência com a população referida, favorecendo a produção de vínculo orientado por projetos terapêuticos de saúde, individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde.

Isto significa que o acolhimento com avaliação e classificação de risco deve ocorrer também na atenção básica, de forma que os profissionais sejam capacitados para identificar os atendimentos que devem ser priorizados para consulta médica, os atendimentos que possam ser realizados pelos enfermeiros, os casos que necessitam de um serviço de grande porte e os usuários que necessitam ser acompanhados regularmente pelas equipes do Programa de Saúde da Família, dessa forma, todos os usuários teriam suas necessidades atendidas sem filas de espera.

Há estudos que mostram que após a implantação do acolhimento na atenção básica houve aumento do atendimento geral das unidades devido à reorganização do processo e aumento significativo no rendimento dos profissionais não-médicos (enfermeiros, assistente social, auxiliares de enfermagem, etc.), visto que estes profissionais passaram a

atuar de forma mais resolutiva na assistência ao usuário. Com isso pode-se perceber que o acolhimento proporciona aumento na oferta e na acessibilidade da população serviços de saúde¹⁷.

4 Conclusão

Os prontos socorros dos hospitais têm por função atividades complexas e de alto risco relacionadas às vidas das pessoas, por isto o gestor deve garantir que o usuário receba assistência adequada sem demora, evitando-se o óbito quando possível e minimizando sequelas ao paciente.

Dessa forma não é admissível que manter os atendimentos por ordem de chegada, sem priorizar indivíduos em real situação de urgência/emergência por conta da superlotação.

Podemos observar que houve melhora no atendimento no pronto socorro após a implantação do sistema de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, principalmente o fluxo de atendimento dos pacientes graves que são atendidos precocemente com maior resolutividade.

Portando, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização do processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência, mas são necessários investimentos para qualificar a atenção básica e ampliá-la a fim de transformá-la em uma estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde para que os usuários possam ser atendidos com resolutividade e humanização nas UBSs, evitando a superlotação dos pronto-socorros. Ressaltamos a necessidade de pesquisas que avaliem a satisfação dos usuários e profissionais com o novo fluxograma do pronto socorro além do estabelecimento de indicadores que possam mensurar a efetividade do AACR.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comun Saúde Educ 2005;9(17):287-301.
5. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev Eletrônica Enferm 2007;9(3):617-29.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

7. Kron T. Manual de enfermagem. Rio de Janeiro: Interamericana; 1978.
8. Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2005;18(2):165-71.
9. Nascimento PTA, Tesser CD, Neto PP. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. *Arq Catarin Med* 2008;37(4):32-4.
10. Silva MJP, Pinheiro EM. Qualidade de assistência de enfermagem: visão de alunas de especialização. *Acta Paul Enferm* 2001;14(10):82-8.
11. Ulbrich EM, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. *Cogitare Enferm* 2010;15(2):282-92.
12. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005.
13. Bittencourt JC, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(4):929-34.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Supl 2):332-6.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM-Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999;15(2):345-53.