

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALANE ARAGÃO PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS PRONTOS SOCORROS SOBRE O
PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: uma revisão
de literatura**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALANE ARAGÃO PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS PRONTOS SOCORROS SOBRE O
PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: uma revisão
de literatura**

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

Profa. Orientadora: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NOS PRONTOS SOCORROS SOBRE O PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: uma revisão de literatura** de autoria do aluno **ALANE ARAGÃO PEREIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência - Tecnologia de Concepção.

Profa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização na Área Hospitalar
SES	Secretaria de Estado da Saúde
FHS	Fundação Hospitalar de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 OBJETIVO.....	07
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
4 MÉTODO.....	11
5 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

RESUMO

Objetivou-se analisar a produção científica sobre o Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco, utilizado nos Prontos Socorros, publicadas retrospectivamente de janeiro de 2014 a janeiro de 2004, com ênfase na percepção dos usuários destes serviços. Trata-se de um estudo bibliográfico. O produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido – Tecnologia de Concepção. Para identificação e localização das fontes, foram utilizadas as bases de dados eletrônicas: LILACS, SCIELO através do portal da BIREME. Os critérios estabelecidos para busca direcionou a seleção dos textos científicos que mencionavam: acolhimento, enfermagem em emergência, humanização, serviços de saúde, como descritores em ciências da saúde, Acolhimento com Classificação de Risco; em seu título, resumo ou referencial teórico; disponíveis em formato completo para leitura, *on line*, escritos em português. Inicialmente selecionou-se 31 artigos, e após leitura inicial foram utilizados 22, destes, 8 foram excluídos, totalizando 15 artigos. Dos artigos publicados nos últimos 10 anos, somente 8 artigos relatam a experiência de acolhimento com classificação de risco na perspectiva do enfermeiro e/ou do usuário. Quanto à região dos estudos publicados, 10 da região sul, 4 da região sudeste e somente 1 no centro-oeste. Nenhuma publicação foi encontrada na região norte e nordeste indexada a biblioteca virtual da saúde. Após análise dos dados sentiu-se a necessidade de repassar as informações para todos os profissionais do hospital através de e-mail, para que estes possam repensar suas práticas profissionais e conhecer como os pacientes avaliam o atendimento a eles prestado.

1. INTRODUÇÃO

A saúde é assegurada como direito constitucional desde 1988, e ao estado a responsabilidade de garantir a integralidade, equidade e universalidade, princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com o desafio de viabilizar estes, o governo lançou em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que passou a ser denominada Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004 (BRASIL, 2004).

Humanizar significa oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento. Compreende-se este, como um dispositivo norteador do processo de trabalho que busca resolutividade nas ações de saúde, incluindo a afetividade, o vínculo e a participação do usuário (BRASIL, 2004). Possui como base o trabalho em equipe multiprofissional, considerando que todos os profissionais são responsáveis pelo cuidado do usuário (MARTINS, 2012).

Acolher toda a demanda de usuários, que procuram pelos serviços de saúde, garantir o acesso referenciado aos demais níveis de assistência e transferências seguras às outras unidades mais complexas, conforme a necessidade do paciente; incluir a elaboração de protocolo clínico, eliminando intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do paciente são diretrizes do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), nas unidades de urgência e emergência (BRASIL, 2009).

A classificação de risco prioriza a gravidade clínica e não a ordem de chegada ao serviço, sendo considerado um dispositivo de humanização. E é neste contexto que o enfermeiro se insere, já que tem sido o profissional responsável por classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência (BRASIL, 2004).

Assim, uma maior atenção deve ser dada à execução das ações no ACR e de que forma os usuários visualizam a atuação dos profissionais de saúde nessa atividade, especialmente à equipe de enfermagem (GUEDES, HENRIQUES, LIMA, 2013).

Segundo informações do Grupo Brasileiro de ACR, nos EUA a classificação de risco foi utilizada no serviço militar para selecionar os soldados feridos. Com o tempo os prontos socorros americanos acabaram utilizando a mesma abordagem nos serviços de saúde por volta dos anos 60, devido ao aumento de atendimento.

No Brasil, o ACR é uma metodologia implantada recentemente nos prontos socorros, sendo que a primeira experiência concreta de acolhimento com humanização ocorreu no Hospital Mario Gatti em Campinas, em 2001. Este processo foi aprovado pelo Ministério da

Saúde do Brasil e se tornou a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em 2004 do PNH, sendo disponibilizado para todo o Brasil (GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2009).

O ACR se expande pelo Brasil, não apenas organizando as portas de entrada de Urgências e Emergências, mas também induzindo organizações de serviços intra-hospitalares e formação de Redes de Atenção à Saúde, demonstrando ser essencial para humanização da atenção e da gestão na construção do SUS (FEIJÓ, 2010).

Em Sergipe, o ACR começou a ser realizado no Hospital de Urgências de Sergipe em 2007, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), desde então, vem sendo ampliado para os demais municípios do estado. Atualmente utiliza-se um protocolo próprio para a classificação de risco, baseado em outros protocolos já existentes e na realidade local.

Acredita-se que esta pesquisa servirá de referência para estudos futuros envolvendo esse contexto, sobretudo, pela possibilidade de verificar-se o ACR, está atingindo o objetivo de humanizar o atendimento, assim como, para repensar as práticas profissionais e analisar possíveis intervenções na organização dos serviços de saúde a partir do olhar e necessidades de saúde do usuário.

Diante disso e considerando-se as modificações sofridas pelos usuários, habituados com práticas centradas nos médicos, onde seu acesso era definido por filas e ordem de chegada. Buscou-se responder a seguinte pergunta de investigação: Quais são as percepções dos usuários atendidos nos Prontos Socorros, sobre o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, encontrados na literatura nestes últimos 10 anos?

2. OBJETIVO

Analisar a produção científica sobre o Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco, utilizado nos Prontos Socorros, publicadas retrospectivamente de janeiro de 2014 a janeiro de 2004, com ênfase na percepção dos usuários destes serviços.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas.

Atualmente, no Brasil, tem sido debatida a necessidade de melhorar a estrutura organizacional, o atendimento humanizado e a satisfação do usuário, assim como de promover estímulos para a equipe que atua no serviço de emergência. Neste sentido, os parâmetros satisfação do usuário, humanização e acolhimento têm sido bastante enfatizados nas discussões (SOARES et al, 2013)

Os setores de urgência e emergência de um hospital são considerados pelos usuários a principal porta de entrada no sistema, pois acreditam que, com a disponibilidade da tecnologia e do profissional médico para atendê-los, terão a solução imediata de seus problemas. Esse fato faz com que as unidades de pronto socorro estejam sempre lotadas, com pacientes aguardando a sua vez para o atendimento.

Frente à baixa resolutividade e à precariedade nos atendimentos efetuados pelos serviços de saúde do Brasil, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2002, elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo foi humanizar o atendimento, considerado insatisfatório para os usuários e profissionais, sobretudo no ambiente hospitalar. Sua estratégia foi buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuários, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o modelo de cuidado desejado pelo SUS (BRASIL, 2002).

Em 2003, o Ministério da Saúde, dando continuidade aos programas de humanização, lança a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como Humaniza SUS. Enquanto o PNHAH era um programa com projetos de humanização restrito a área hospitalar, a humanização sob a perspectiva da PNH é uma política de governo, que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão, com propostas de processos de trabalho mais acolhedores e humanizados (BRASIL, 2003).

Dentre as várias diretrizes da PNH, em especial nas unidades de urgência e emergência, consta que os serviços deverão ter critérios de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACV): acolher toda a demanda de usuários que procuram pelos serviços de saúde,

garantir o acesso referenciado aos demais níveis de assistência e transferências seguras às outras unidades mais complexas, conforme a necessidade do paciente; incluir a elaboração de protocolo clínico eliminando intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do paciente (BRASIL, 2009).

No critério de AACR, não há exclusão do atendimento, como ocorria com a ação administrativa da triagem (seleção daqueles que seriam atendidos). Nesta nova proposta, os pacientes são acolhidos por uma equipe de saúde, onde são avaliadas suas queixas, sintomas, escala de dor e sinais vitais.

O acolhimento reorienta e reorganiza o processo de trabalho, e este determina o modelo assistencial prestado. Ele propõe que todos os profissionais de saúde são igualmente importantes e tem contribuições para dar às necessidades da população atendida. O processo de trabalho antes baseado nos modelos tecnicistas e biologicista, agora é proposto numa lógica do trabalho em equipe, por profissionais com autonomia, responsabilização, capazes de desenvolver vínculos com os usuários do sistema, e promover ações resolutivas (AYRES, 2005).

No Brasil, o sistema ACCR é realizado por enfermeiros, os quais, por meio da consulta de enfermagem, classificam os agravos com base em quatro classes de cores conforme o risco e tempo de espera: Vermelho (prioridade zero) emergência, atendimento imediato; Amarelo (prioridade 1) urgência, atendimento o mais rápido possível; Verde (prioridade 2) não urgente; e Azul (prioridade 3) consulta de baixa complexidade, atendimento de acordo com ordem de chegada (BRASIL, 2004a; SOUZA, e BASTOS, 2008).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) foi implantado nas unidades da rede hospitalar de urgência e emergência por meio da Reforma Sanitária e Gerencial do SUS, executada pelo Governo de Sergipe, a partir de 2007, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS).

Os resultados positivos, divulgados pós-implantação em todo o Brasil, foram com relação à reorganização do serviço, para uma lógica de ampliação do acesso, melhora da percepção dos usuários frente a assistência dispensada a eles, através da escuta qualificada e resposta positiva, mudança do foco na doença para o sujeito, melhora do prognóstico clínico dos usuários, maior valorização dos profissionais não médicos e aumento de autonomia dos enfermeiros. A diminuição no tempo de espera, das ocorrências na fila de espera e da mortalidade também foram relatadas (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; BARBOSA et al., 2007; SOUZA, e BASTOS, 2008).

As dificuldades ou desafios foram relacionados a pouca integração da rede, em particular dos serviços da atenção primária e secundária, prejudicando o sistema de referência e contra referência e portando a resolutividade e continuidade da assistência (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico. O produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido – Tecnologia de Concepção.

Este é desenvolvido com base em um material já elaborado que permite ao pesquisador, a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que se poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002).

O encadeamento da pesquisa depende de vários fatores, tais como a natureza do problema, nível de conhecimento do pesquisador sobre o tema e o grau de precisão que se pretende conferir a pesquisa. A pesquisa bibliográfica propicia o exame de um tema sob nova abordagem, sendo utilizados, para desenvolvimento de uma temática sob a análise de publicações, reconhecendo-se sua regularidade, tipos, assuntos examinados por intermédio de documentos, artigos, teses, monografias e livros (LEOPARDI, 2002).

Para identificação e localização das fontes, foram utilizadas as bases de dados eletrônicos: LILACS, SCIELO através do portal da BIREME. Os critérios estabelecidos para busca direcionou a seleção dos textos científicos que mencionavam: acolhimento, enfermagem em emergência, humanização, serviços de saúde, como descritores em ciências da saúde, Acolhimento com Classificação de Risco; em seu título, resumo ou referencial teórico; disponíveis em formato completo para leitura, *on line*, escritos em português e publicados entre os anos de janeiro de 2004 a janeiro de 2014.

Inicialmente selecionou-se 31 artigos, e após leitura inicial dos artigos foram utilizados somente 22, destes, 08 foram excluídos, pois, se referiam exclusivamente ao acolhimento em unidades de saúde, totalizando 15 artigos para compor esta pesquisa.

Primeiramente realizou-se a leitura exploratória dos textos científicos encontrados. E depois uma leitura seletiva. Foram confeccionadas, fichas de leitura para a organização dos dados. Com base em Minayo (2008), a fase de análise de dados na pesquisa reúne três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, aonde ocorre uma pré-análise, seguido pela exploração do material, para posteriormente fazer o tratamento dos dados obtidos e a interpretação dos mesmos.

Aos aspectos éticos, foram respeitados os direitos de produção através do compromisso de citar os autores utilizados no estudo conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apesar dos avanços e conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se que ainda existem lacunas no tocante ao acesso do usuário aos serviços de saúde e ao modo como ele é acolhido neste sistema (BRASIL, 2010).

Dos artigos publicados nos últimos 10 anos, somente 08 artigos relatam a experiência de acolhimento com classificação de risco na perspectiva do enfermeiro e/ou do usuário. Quanto à região dos estudos publicados, 10 da região sul, 4 da região sudeste e somente 1 no centro-oeste. Nenhuma publicação foi encontrada na região norte e nordeste indexada a biblioteca virtual da saúde.

Foram estabelecidas as categorias acesso e acolhimento para a apresentação dos resultados. Entre as dificuldades de acesso, o tempo de espera prolongado pelo atendimento foi bastante referido pelos usuários (LIMA et al, 2007).

Ramos e Lima (2004) mencionam que o termo acesso pode ser definido pelo usuário por vários critérios, entre eles estão: a distância do local de sua moradia e a unidade de saúde; o tempo e o meio de transporte utilizado para o deslocamento; as dificuldades para enfrentar a obtenção de atendimento (filas, local e tempo de espera); o tratamento recebido pelo usuário; a priorização nas urgências e emergências; e as respostas obtidas para demandas individuais e coletivas.

Os usuários e acompanhantes fazem com o tempo de espera (classificação recebida) uma associação com a satisfação, ou seja, quanto maior minha espera, menor minha satisfação com o modelo de priorização de usuários (MARTINS, 2012).

Para Johnson (2009), os longos períodos de espera possivelmente é o motivo do alto número de desistência do atendimento. Em seu estudo, analisou que os usuários que abandonaram o serviço esperaram em média 70,4 minutos (JOHNSON et al., 2009). Na resolutividade do ACR, foi mencionado que os usuários desejam ser atendidos e ter seu problema resolvido rapidamente, mas que no ACR, não é possível dar esta resposta desejada (MARTINS, 2012).

No Hospital Regional de Ceilândia foi possível verificar que nos meses com maior demanda houve maior número de abandonos. Possivelmente maior tempo de espera, pois apesar da demanda ter aumentado, os recursos humanos permaneceram iguais (MARTINS,

2012). Já para alguns usuários, estes consideraram que tudo é válido para receber assistência, de forma que a espera pelo atendimento se torna um fator pouco relevante (LIMA et al, 2007).

Quanto ao acolhimento, o vínculo do usuário com o serviço de saúde e o desempenho profissional de quem presta o atendimento foram os principais fatores valorizados pelos usuários. Para os usuários, o acolhimento significa serem atendidos em suas necessidades, tão logo eles cheguem ao serviço de saúde.

Há uma expectativa do usuário que o trabalhador de saúde responda com resolutividade as suas necessidades. Esse resultado suscita pontos de reflexões para os profissionais de saúde, pois coloca nestes uma grande responsabilidade em ser capaz de responder a essas expectativas dos usuários. Sem desconsiderar a importância do acolhimento ao usuário é preciso também refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde (MIRANDA, 2010).

Em estudo desenvolvido no Distrito Federal, 2012, observou que quanto à organização interna do serviço, foi possível constatar no fluxo de atendimento do ACR dois principais entraves. O primeiro e menos frequente, ocorre durante a espera para avaliação do enfermeiro, que pela rapidez do atendimento é facilmente diluído. O segundo entrave são longos tempo de espera pelo atendimento médico.

Alguns estudos propõem ao profissional médico, por reduzir, um pouco, o tempo de espera dos usuários, já que a autonomia profissional favorece a resolutividade de alguns atendimentos, mas não há evidencia de que são melhores nem em custo-benefício quando comparado a enfermeiros experientes, com risco inclusive, de iniciar o tratamento durante a triagem ao invés de avaliar e apontar a prioridade (ALBINO et al., 2007).

Um estudo desenvolvido no Paraná em 2010 mostrou que 54% dos usuários declararam ter confiança em relatar seus problemas de saúde aos profissionais de enfermagem da unidade, enquanto os restantes 46% divergiram em suas opiniões, com justificativas como: “essas coisas a gente conta pro médico que vai passar o remédio”. Constata-se que o profissional enfermeiro e o trabalho por ele desenvolvido ainda são pouco reconhecidos e valorizados pelo usuário, devido prevalência do modelo hegemônico centrado no saber e poder médico (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

A inserção do enfermeiro no atendimento durante e após a classificação de risco, que dê respostas às necessidades dos usuários, fortalece a autonomia profissional, gera fluidez ao serviço, reconhece o trabalho em equipe, pois não depende exclusivamente de um profissional da saúde (MARTINS, 2012).

Em estudo desenvolvido em 2011 por Macedo, informa que os usuários precisam compreender a dinâmica do serviço. Gerar movimentos que tornem os profissionais

conhecedores desta visão e reconstruir a concepção com os usuários, já que fazem parte do processo de acolhimento.

É necessário um equilíbrio entre a demanda, os recursos humanos disponíveis e a estrutura física, pois o contrário gera um acúmulo de usuários com diferentes necessidades de saúde em um mesmo espaço físico e longos períodos de espera e não favorece a agilidade do atendimento, refletidos no descontentamento dos usuários com a equipe quanto ao nível de classificação que lhes foi atribuído, assim como da equipe que trabalha sem motivação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo considera o acolhimento como uma importante ferramenta de acesso aos serviços de saúde e, também, como uma proposta de mudança do processo de trabalho em saúde. Conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado permite repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. Esta consideração do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço.

Evidencia-se a necessidade constante de discussão do ACR, a fim de que este possa ser pensado, construído e planejado por todos os envolvidos nos cenários de produção de saúde. A fala dos usuários traduz o não reconhecimento, a não participação deles na operacionalização, na mudança de procedimento que o ACR passa a demandar dos diferentes sujeitos/atores nas portas de entrada da rede.

Após análise dos dados sentiu-se a necessidade de repassar as informações para todos os profissionais do hospital através de e-mail, para que estes possam repensar suas práticas profissionais e conhecer como os pacientes avaliam o atendimento a eles prestado. Assim como, elaborar um material educativo voltado para as necessidades dos usuários, visto que, eles precisam entender todo o processo de trabalho de um hospital, assim como as etapas do ACR. Sugere-se que mais estudos sejam realizados para dar continuidade ao aprofundamento desta temática.

REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 36, n. 4, p. 70-5, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. In: MINAYO, M. C. D. S. e JR., C. E.A. C. (Ed.). *Críticas e Atuantes*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap. 6, p.708.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, 2004. 49p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizausus>>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2014.

COSTA, M. A. R; CAMBIRIBA, M. S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Ciência Cuidado Saúde*, Jul/Set; vol. 09, p 494-502. 2010.

FEIJÓ, V. B. R. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um hospital escola. Londrina, 2010.

GUEDES M. V. C; HENRIQUES A. C. P. T; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm*, Brasilia 2013 jan-fev; 66(1): 31-7.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Histórico da Classificação de Risco. 2009. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107 . Acesso em: 10 de fevereiro de 2014.

JOHNSON, M. et al. Patients Who Leave the Emergency Department Without Being Seen. *Journal of Emergency Nursing*, v. 35, n. 2, p. 105-108, 2009. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WJ5-4T9JWDY-2/2/8c350c3d834f8d3ce578653a25022a29> >.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

MARQUES, G. Q.; LIMA, Silva, M. A. D. da. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

MARTINS, A. D. M. Limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco de um pronto socorro pediátrico no DF. 2012. 82 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MIRANDA, J. M. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: o significado para o Usuário. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina. 152 f. Londrina, 2010.

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2004.

SOARES, R.; ASCARI, T. M.; ASCARI, R. A. Classificação De Risco: Implantação Do Sistema De Manchester em uma Unidade De Pronto Atendimento. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.3, n.1, p.11-15 (Jun - Ago 2013).

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 14 ed. São Paulo: Cortez editora, 2005.