

Scientific Electronic Archives

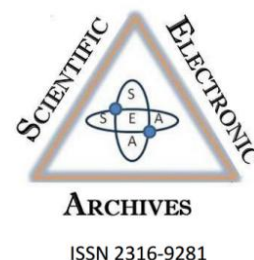
Issue ID: Sci. Elec. Arch. 10:1

February 2017

Article link

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=303&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES



Desafios da humanização na UPA 24horas

Challenges of humanization in UPA 24hours

S. D. Leite¹, S. F. S. Moraes², C. B. Venazzi¹, N. T. C. Araujo¹

¹ Universidade Federal do Mato Grosso – Campus Sinop

Author for correspondence: profamilavenazzi@gmail.com

Resumo. Humanização referenciada pela Política Nacional de Humanização (PNH) é o que se espera no atendimento ao cliente conjuntamente com a Classificação de Risco frente aos serviços de Urgências e Emergência da UPA 24 horas. Diante dessa questão, o objetivo desse trabalho foi descrever a percepção do profissional enfermeiro da UPA 24h, quanto às mudanças implementadas no serviço de urgência e emergência e os desafios encontrados a partir da implantação da PNH com ênfase na humanização. A população do estudo foi constituída por nove enfermeiros da UPA 24 horas no município de Sinop/MT. O método da pesquisa utilizado foi de caráter qualitativo, as informações foram coletadas por meio de um questionário semiestruturado e a análise dos dados deu-se por análise de conteúdo, por se tratar de dados qualitativos. Foi exequível identificar os conhecimentos e as práticas sobre acolhimento com classificação de risco dos enfermeiros da UPA 24h no município de Sinop, onde manifestaram que não foram devidamente treinados para tal atribuição, buscam se atualizar individualmente estudando os protocolos disponibilizados pelo MS e a viabilização de um serviço de qualidade também se mostra com dificuldade, uma vez que não há um serviço de rede que proporcione referência e contrarreferência dos atendimentos.

Palavras chaves: Acolhimento. Classificação de Risco. Desafios. Enfermeiro. PNH.

Abstract. Humanization referenced by the national policy of humanization (HNP) it is what is expected in customer service together with the risk classification front to emergency services and emergency UPA 24 hours. Faced with this question, the aim of this study was to describe the perception of nursing professionals of UPA 24 hr, as for the changes implemented in the emergency room and emergency and challenges encountered since the implementation of the HNP emphasizing humanization. The study population consisted of nine nurses UPA 24hr at Sinop / MT. The research method used was qualitative, the information was collected through a semi-structured questionnaire and data analysis was made by content analysis, because it is qualitative data. It was feasible to identify the knowledge and practices of host with risk rating of nurses UPA 24h in the municipality of Sinop, which stated that they were not properly trained for such assignment, seeking to upgrade individually studying the protocols provided by the MS and the feasibility of a quality service also shown with difficulty, since there is not a network service that provides reference and counter the calls.

Keywords: Challenges. Host. Nurse. NPH. Risk rating.

Introdução

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS), com intuito de dar sequência aos programas de humanização, lança a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como Humaniza SUS. A humanização sob a possibilidade da PNH é uma política de governo, que cruza as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde

(SUS), envolve os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão, com propostas de processos de trabalho mais acolhedor e humanizado (BRASIL, 2004).

Dentre as várias diretrizes da PNH, em particular nas unidades de urgência e emergência, designa que os serviços deverão ter critérios de Acolhimento com Avaliação e Classificação de

Risco (AACR): 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 usuário, com protocolo clínico preestabelecido com propósito de eliminar intervenções desnecessárias e garantir respeito à particularidade do usuário (BRASIL, 2009).

Melzer (2012) em sua pesquisa constata que desenvolver o acolhimento com classificação de risco é o que hoje se tem tentado na saúde, e que esta experiência tem se consolidado em muitos serviços de saúde com atendimento em urgência e emergência. A classificação de risco é compreendida como algo necessário para viabilização do fluxo de atendimento rápido aos pacientes que buscam atendimento nas emergências do SUS, em que garante atendimento rápido, sólido e humanizado em todos os estados de doença.

O acolhimento é uma ação técnicoassistencial que supõe transformação na relação profissional e usuário por meio de parâmetros técnico, ético, humanitários e de solidariedade. O acolhimento é uma maneira de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, em que implicam em ouvir as queixas e assumir no serviço uma postura que acolha, escute e busque dar respostas apropriadas aos usuários (BRASIL, 2004).

Várias atitudes têm sido adotadas para diminuir os riscos para os pacientes que aguardam atendimento nas urgências e emergências. A Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002, do MS aconselha a implantação nas unidades de atendimento de urgência o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. Esta portaria designa que esse processo deve ser realizado por um profissional de saúde, de nível superior, e este precisa receber treinamento específico e ainda, utilizar protocolos preestabelecidos e cujo objetivo é “avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, p. 65, 2003).

Aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que compõe a rede do SUS, no desenvolvimento da saúde, envolve transformação na cultura, atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Abraçar a saúde como valor de uso é ter direito como molde na atenção do vínculo com os usuários, é assegurando seus direitos, é incentivar que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, no entanto, é também ter melhores condições para que os profissionais realizem sua atividade laboral de modo digno e criador de novas condutas de participação e co-gestão de seu processo de trabalho. Assim, a Humanização propõe troca de conhecimento entre todos os sujeitos envolvidos no processo, ou seja,

usuários, profissionais e maneira de trabalhar em equipe (BRASIL, 2004).

Para Souza e Bastos (2008) o acolhimento com classificação de risco operacionalizou transformação no panorama onde dominava a exclusão, agregado ao conhecimento negativo e cheio de suspeitas por parte dos usuários. Acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva repercute numa melhor percepção do usuário, no que diz respeito à atenção e a assistência a ele liberado, e isto contribui para a mudança do foco doença e passa focar a pessoa e assim, um atendimento mais humanizado. E ainda, com esta mudança, a assistência passou a contribuir para um melhor prognóstico dos clientes atendidos.

Ainda os autores supracitados, inferem que esse novo padrão possibilitou a reorganização do processo de trabalho. O que antes era centrado na figura do médico transformou-se em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, dando ênfase a contribuição de cada membro da equipe de saúde para que o processo se efetive. O enfermeiro não fica mais na periferia dos acontecimentos, ele torna-se sujeito do processo.

Esta pesquisa justificou-se porque cada indivíduo é único e tem necessidades e valores específicos, e o profissional enfermeiro precisa estar preparado para atuar junto ao cliente no sentido de resolver os problemas de seus pacientes dentro da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24horas). Portanto vimos à importância de dar ao profissional a chance, caso ele pretendesse, com suas próprias palavras descrever os desafios que por vezes é encontrado, em seu dia a dia no campo de trabalho com a implantação do acolhimento com classificação de risco. E partir das suas falas é provável que novas idéias surjam, pequenos novos conceitos e até mesmo a repetição de problemas já conhecidos apareçam, vindo a contribuir de forma positiva para que um dia, gestores avaliem, reconheçam e valorizem as expectativas citadas desse profissional, de modo a contribuir e gerar um SUS atuante e com qualidade para todos.

Assim, o escopo deste trabalho é descrever a percepção do profissional enfermeiro da UPA 24h, a partir das mudanças implementadas no serviço de urgência e emergência, corroborando com os objetivos propostos pela PNH.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com o objetivo de avaliar de modo subjetivo, a percepção e o preparo do enfermeiro quanto ao desenvolvimento das atividades que regem a implantação do PNH com vistas ao acolhimento com classificação de risco. Utilizou-se do método descritivo, que descrevem as características e os desafios dos enfermeiros no acolhimento e classificação de risco.

Realizada no período de setembro de 2014 a junho de 2015, no entanto, a pesquisa de campo se deu de março a abril de 2015.

O estudo foi realizado na UPA 24h no município de Sinop-MT, que se localiza na Avenida André Maggi, sem número, bairro Jardim das Acácias, com os enfermeiros que realizavam a triagem classificatória.

A equipe de enfermagem pesquisada foi composta por nove enfermeiros que se rodiziavam entre setor de triagem e box de atendimento as urgências e emergências.

Cabe destacar que dentre estes nove enfermeiros, um não faz parte da equipe local, trata-se de um enfermeiro que trabalha na rede básica e faz plantões extra frequentemente na UPA.

Enquanto acadêmica do nono semestre de enfermagem, em estágio no período noturno, optou-se por realizar as entrevistas das 18 às 23h30', com o propósito de presenciar as trocas de plantões, que ocorre às 19 horas, com intuito de entrevistar os plantonistas diurnos também.

A coleta de dados deu-se através de entrevista individual realizada com auxílio de um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, que foi entregue em mãos a cada profissional, dando-o a tranquilidade de responder de acordo com a sua disposição, contendo nove questões com perguntas referentes à Política Nacional de Humanização (APÊNDICE II). Por vezes, devido a grande demanda de atendimento, foi entregue aos enfermeiros o questionário e recolhido posteriormente.

Por se tratar de dados qualitativos, estes dados foram referenciados para análise de conteúdo de acordo com o objetivo deste trabalho, que para Minayo (2010) permitem a inferência de conhecimentos trazendo à luz possibilidades teóricas e práticas qualitativas que é construída para dar respostas teórico metodológicas e que se diferenciam de outras abordagens.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: idade igual ou superior a 18 anos, ser profissional enfermeiro, estar atuando na instituição há pelo menos 06 meses, aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguindo a declaração de Helsinki (APÊNDICE I). Os critérios de exclusão foram a não adequação aos critérios de inclusão mencionados.

Os participantes não foram submetidos a nenhum tipo de intervenção que pudesse causar danos à saúde e/ou profissional.

Os benefícios foram proporcionar reflexões à revisão de estratégias de sensibilização do profissional enfermeiro perante o acolhimento que é uma das vertentes da PNH, que pode ser com investimento no processo educativo, por meio de treinamentos, cursos e palestras, com intuito de ampliar a adesão dos sujeitos envolvidos e assim, viabilizar a humanização

Esta pesquisa atendeu as exigências éticas regulamentadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), avaliada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio

Müller, sendo aprovado por meio do Parecer nº 921.241 (Em anexo).

Para garantir o anonimato dos entrevistados e considerando os aspectos éticos que envolvem a realização de estudos com seres humanos, optou-se por identificar os sujeitos através de pseudônimos. Assim, foram identificado casa indivíduo com o nome de um dos planetas do nosso sistema solar, a saber: Mercúrio, Vênus, Terra, Marte, Júpiter, Saturno, Netuno, Urano e Plutão.

Resultados e Discussão

Embora não faça parte desta pesquisa, cabe destacar que houve uma diferença significativa na questão de gênero. O que vem ao encontro com a construção histórica da profissão, que associava às mulheres o dom de cuidar dos filhos, da família e das práticas domiciliares, enquanto os homens eram responsáveis pela sustentação dessa família, permanecendo ausentes do lar por muito tempo (GEOVANINI *et al*, 2005). Graças à evolução dos serviços em saúde, e a evolução de conscientização profissional, vimos que a atuação masculina aumentou, e ainda percebemos que há um reflexo de igualdade nos direitos e deveres. Participaram da pesquisa nove enfermeiros, com idade entre 30 a 40 anos.

O profissional enfermeiro carrega sobre si o papel primordial na classificação, este por vez tem a responsabilidade nas portas de entrada das urgências e emergências de acolher e avaliar o usuário em suas múltiplas demandas.

Cabe ressaltar que ser enfermeiro é ter como meio de trabalho o homem, e como indivíduo da ocorrência para desenvolvimento do seu trabalho, o próprio homem. Vê-se então que há uma aproximação significativa em que o profissional tem a chance de atuar, acumulando experiências e a partir das experiências, o mesmo amplia a capacidade de diagnosticar problemas e encaminhar soluções de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo cliente (BATISTA e BIANCHI, 2006). Pensando nisso, fez-se necessário investigar o tempo de atuação dos profissionais.

Dentre os entrevistados 11,1% responderam que atuam na área de enfermagem entre um a cinco anos; 88,8% estão atuando na área de enfermagem a mais de cinco anos.

E como profissional da urgência e emergência, 22,2% responderam que está há dois anos na área de urgência; 22,2% estão na urgência e emergência há três anos; 11,1% atuam na área há quatro anos; e 44,4% atuam há seis anos.

Miranda (2010) infere que não é apenas necessário conhecimento teórico básico de formação, faz-se necessário ter uma gama de aprendizado a partir de experiências mobilizada por meio de atividades realizadas diariamente. O que implica em ampliar as habilidades em avaliar e dar resolutividade.

Neste estudo, foi possível verificar que 55,5% dos profissionais que atuam na urgência e emergência, está há mais de quatro anos, o que torna um fator positivo para a atuação na ACCR. Entretanto, percebe-se que ainda há um número considerável que esta em fase de aprimoramento no atendimento no setor de emergência.

Assim, a experiência no setor de urgência e emergência é um fator a ser considerado ao se pensar em classificação de risco. Visto que, essa mobilização diária amplia a sensibilidade para a acurácia dos encaminhamentos.

Como proposto pelo MS, todo profissional frente à classificação de risco deve ter nível superior, ter experiência na área de urgência e emergência, e ainda receber treinamento específico de acordo com o protocolo de classificação de risco, pautado nos princípios do acolhimento (SERVIN *et al.* 2010).

Partindo deste pressuposto, foi questionado aos participantes deste estudo sobre treinamento para trabalhar com a sistematização na classificação de risco/HumanizaSUS, assim como o conhecimento dos manuais proposto pela MS.

Apenas um profissional dentre os nove entrevistados recebeu algum tipo de treinamento, que equivale à apenas 11,1% do total dos entrevistados. Todavia, os depoentes procuram se informar a respeito, através de estudo dos manuais.

Diante do exposto, verifica-se que é vital a participação dos gestores e administradores em saúde, pois se existe um protocolo, o mesmo deve ser utilizado. No entanto, a realidade ainda há muito que se construir em nível de conhecimento, com orientações e treinamentos pontuais. Vale considerar a predisposição dos depoentes em individualmente se atualizar indo em busca de leituras referentes ao assunto e também a atitude da coordenação em orientar.

De acordo com os Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às urgências, as unidades de urgência, precisam ter uma estrutura que assegura o atendimento resolutivo ao usuário, materiais suficientes, assim como quantidade de funcionários compatíveis com a demanda da realidade local (BRASIL, 2003).

A população de Sinop - MT, no ano de 2014 chegou a 113.099 habitantes conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, e a UPA instalada na cidade classificada como porte II, esta de acordo com determinação o MS, estabelece que a cidade com população entre 100 a 200 mil habitantes por área, tem por resolução a capacidade de atender até 300 usuários por dia (IBGE, 2014; BRASIL, 2003).

Quando questionados aos enfermeiros sobre os benefícios advindos com o HumanizaSUS, 90% dos entrevistados relataram que a classificação de risco trouxe melhorias no sentido de agilidade no atendimento dos pacientes graves

Ainda há quem acredite que há um ponto negativo, que seria a demora no atendimento do

paciente “A demora no atendimento dos não urgentes” (URANO, entrevista realizada 27/04/2015).

Brasil (2008) infere que a proposta do HumanizaSUS é um desafio no sentido de trazer mudanças no cenário da saúde, em que busca o apoio e participação de gestores, trabalhadores e usuários na efetivação do SUS, com ênfase na humanização.

Pires e Avinco (2015) citam que a humanização deve também agrupar além da produção de cuidados assistenciais, uma gama de outros valores em busca do conforto, respeito ao usuário, individualidade e particularidade, para que o cliente tenha satisfação pelo serviço prestado. Elas ainda relatam que existe uma crise de humanismo, ou melhor, uma falta de humanismo em outras áreas do cotidiano, que indiretamente reflete na área da saúde, gerando uma grande insatisfação da população.

Brasil (2008) ainda reafirma que a classificação de risco, é um instrumento que proporciona a organização nas filas de espera, garante a ordem no atendimento, viabiliza o atendimento rápido ao usuário necessitado com risco eminente de morte, também serve para informar àquele outro paciente menos grave, sobre qual será o seu tempo de espera para o atendimento com o médico.

A reorganização para o atendimento, dentro da classificação de risco pode gerar sentimentos de insatisfação por parte do usuário, o que por vezes pode se tornar em um grande desafio para os trabalhadores deste setor.

Brasil (2004) determina dentre as inúmeras diretrizes gerais para a implementação da PNH na atenção especializada, é garantir o direito do sujeito, em que deve ser acolhido pelas unidades com atendimento de urgência e emergência, se for o caso, referenciado pela unidade primária de atendimento, cujo intuito é garantir a continuidade do seu tratamento pelo sistema.

Sabemos que o sistema existe e deve funcionar, para isto existe em cada região, de acordo com a demanda, certa hierarquia dentre os serviços públicos prestados à comunidade, nesse contexto, sabemos que o usuário deve ir primeiramente a unidade mais próxima da sua residência em busca de atendimento médico, e é nessa unidade básica de saúde que inicialmente esse paciente deve ser acolhido, ouvido, atendido e por fim ter o seu problema resolvido. Se este ambiente não estiver apto, se o problema não foi solucionado, a mesma unidade deve referenciar o usuário a outro nível de serviço. Essa hierarquia ambientaliza outros setores de serviços como, por exemplo: vigilância sanitária, epidemiológica e controle de vetores (BRASIL, 2006).

Miranda (2010) relata que sistema referência e contrarreferência, não tem se efetivado, uma vez que os usuários utilizam as unidades de

pronto atendimento para obter atendimento imediato.

O SUS é uma política pública que tem por base de gestão a integralidade, a universalidade e a equidade, acumula avanços positivos no que se refere à suas práticas assistenciais, de gestão e no que diz respeito ao desenvolvimento positivo de suas ações. Em contra partida, muitos problemas ainda persistem, prejudicando o que realmente deveria ser prioridade. A fragilidade nos processos de trabalho, nas relações entre as equipes multiprofissionais e na rede assistencial, inviabiliza a ponte que deveria existir entre as unidades básicas e o sistema de referência.

Em concordância com Mato Grosso (2012), a regional de Sinop esta abaixo da cobertura necessária no que tange a atenção básica em saúde.

Melzer (2012) em sua pesquisa constata que desenvolver o acolhimento com classificação de risco é o que hoje se tem tentado na saúde, e que esta experiência tem se consolidado em muitos serviços de saúde com atendimento em urgência e emergência. A classificação de risco é compreendida como algo necessário para viabilização do fluxo de atendimento rápido aos pacientes que buscam atendimento nas emergências do SUS, em que garante atendimento rápido, sólido e humanizado em todos os estados de doença.

Quando questionados sobre o processo de trabalho está organizado de modo a suprir o fluxo da demanda, apenas Mercúrio respondeu positivamente.

Enquanto que 88,8% responderam, que faltam profissionais para suprir a demanda.

De acordo com Brasil (2009), classificação de risco precisa acolher o usuário de modo humanizado, garantir o acesso aos serviços de urgência e emergência, humanizar a assistência/atendimento e ainda, suprir o fluxo de atendimento de maneira eficaz.

Promover melhorias nas condições de trabalho aos profissionais envolvidos na classificação de risco é outro grande desafio. Sem condições de trabalho fica difícil a continuidade do processo.

Talvez o excesso da demanda relatada pelos profissionais deste estudo, possa ser em virtude do déficit negativo da cobertura da rede básica de saúde como constatado por Brasil (2012).

As UPA's foram criadas com estrutura e capacidade de solucionar problemas de média complexidade, no entanto, mesmo com sua capacidade simplificada, 97% dos casos são solucionados dentro da própria UPA. (BRASIL, 2014).

Quando interrogados sobre a estrutura do estabelecimento assegura ao usuário a resolutividade de seus problemas informam que é necessário melhorias nos recursos básicos, na

infraestrutura, e ao suporte de exames mais complexos.

A partir dos interregatórios é possível observar as dificuldades destes trabalhadores em efetivar as propostas do SUS por conta da alta demanda e ainda, déficit estrutural.

Quando questionados se há desafio para aplicação do acolhimento com a classificação de risco, responderam que tem-se muitos desafios a serem transpostos pelos enfermeiros do acolhimento e classificação de risco, pois o seu trabalho envolve outros setores e atores para que haja resolutividade.

Pai e Lautert (2011) afirmam que o acolhimento com classificação de risco enquanto tecnologia demanda investimentos estruturais na rede de atenção em saúde, cuja finalidade é reorganizar a promoção da saúde no SUS. Todavia, sem a certeza do acesso por meio da contrarreferência, os usuários concluem que o pronto socorro é de fato a única porta de entrada ao sistema de saúde. Neste contexto, os profissionais de enfermagem ficam desprovidos de resolutividade e a sua atuação desguarnecida de sentido.

Conclusão

Com este estudo foi possível descrever a percepção do profissional enfermeiro da UPA 24h, quanto às mudanças implementadas no serviço de urgência e emergência e os desafios encontrados a partir da implantação da Política Nacional de Humanização com ênfase na humanização. E os dados revelam que a equipe de enfermeiros que atuam com o acolhimento e classificação de risco, não foram devidamente treinados para tal atribuição, assim, procuraram suprir esta necessidade estudando os protocolos disponibilizados pelo MS e procuram pautar sua condução a partir desta padronização.

No que diz respeito à conscientização dos profissionais, com ampliação de espaços para trocas ainda se encontra incipiente, com movimentos isolados e únicos.

A viabilização de um serviço de qualidade prestado entre funcionários e população, também se mostra com dificuldade, uma vez que não há um serviço de rede que proporcione referência e contrarreferência dos atendimentos com resolutividade do problema apresentado pelo usuário.

Este estudo oferece subsídios para gestores dos serviços de saúde que tenham pretensão de implementar o acolhimento com classificação de risco, uma vez que se observou a necessidade de auxiliar de forma mais pontual aos trabalhadores envolvidos nesta atividade para serem cogestores do processo e para que de fato se obtenham avanços na atenção das urgências e emergências.

Por meio da experiência destes profissionais, também é possível enxergar algumas dificuldades na organização do Sistema, os quais carecem de investimentos para se efetivar e

qualificar a rede de atenção à saúde, e como resultado, aliviar o serviço de urgência e emergência.

Pois, o acolhimento com classificação de risco tem por objetivo reorganizar a promoção da saúde no SUS, assim existe a necessidade de investimentos estruturais na rede de atenção em saúde, pois sem o acesso por meio da contrarreferência, os usuários acabam acreditando que as unidades de urgência e emergência é a única porta de entrada ao sistema de saúde. Nessa situação, os profissionais enfermeiros que atuam no acolhimento revelam-se por vezes desprovidos de resolutividade e o seu fazer, desguarnecidos de sentidos.

Referências

ALVES, Alexandre. **Hospital assume Pronto Atendimento e inauguração de UPA será na terça.** Olhar Direto. Notícias/cidades. 2012. Disponível em: http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Hospital_assume_Pronto_Atendimento_e_inauguracao_de_UPA_sera_na_terca&id=279176. Acesso em 21 de janeiro de 2015.

ANZILIERO, Franciele. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco: Revisão Literatura.** Porto Alegre. 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>. Acesso em 20 de abril de 2015.

BATISTA, K. M; BIANCHI, E. R. F. **Estresse do Enfermeiro em unidade de emergência.** Revista Latino-americano Enfermagem. Pág. 534 – 539. Julho – agosto. 2006. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2328-3344-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2328-3344-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 29 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em 20 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas**

de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei 7.048 de 25 de junho de 1986. Regulamentação do Exercício da Enfermagem e de outras providencias.** Congresso Nacional. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 02 de abril de 2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.** Ministério da Saúde.. Congresso Nacional. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo_prt2048_05_11_2002.pdf. Acesso em 02 de abril de 2015.

BRASIL, **Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, Gabinete do ministro. Disponível em : http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em : 05 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de Produção de Saúde.** Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às emergências.** Série E. Legislação de Saúde. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Grupo de Trabalho de Humanização (Série B. Textos Básico de Saúde) Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério do Planejamento. **Programa de aceleração do crescimento (PAC2),** Rio de Janeiro 2012. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento/mt>. Acesso em 27 de janeiro de 2015.

BRASIL. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de Saúde da Família.** Brasília: DF 2012. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.

Acesso em 10 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Programa de Aceleração do Crescimento. **UPA – Unidade de Pronto Atendimento.** 2014. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>. Acesso em 14 de abril de 2015.

BRASIL. Rede HUMANIZA SUS. **Os desafios para a implementação da política de humanização no HEDA na perspectiva dos profissionais de saúde.** 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/category/tags/pnh>. Acesso em 19 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências.** Serie A de Normas e Materiais Técnicos. Brasília. 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publica>. Acesso em 23 de março de 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 159 do COFEN, 1993. Atividade privativa do Enfermeiro.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1591993_4241.html. Acesso em 15 de junho de 2015.

CONCEIÇÃO, T. S. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares.** SER social. Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220. Jul./dez. 2009.

CORONEL, Danilo. **Historia do Atendimento Pre Hospitalar.** Arquivado no Curso de Enfermagem na UNIDERP. 2013. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAawcQAA/historia-atendimento-pre-hospitalar>. Acessado em 10 de fevereiro de 2015.

CIAMPONE, M. H. T.; PERES, A. M. **Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro.** Texto e contexto Enfermeiro. Pág. 492-490. Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>. Acesso em 22 de abril de 2015.

GEOVANINI, Telma *et al.* **História da Enfermagem.** Versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GBACR - Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. **Hospital João XXIII divulga resultado após implantação de Protocolo;** 2009. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=74&Itemid=107. Acesso em: 22/03/2015.

GRUPO GAZETA. Redação do GD. **Gazeta Digital. UPA será inaugurada em Sinop na terça. Sinop 08 de setembro de 2012.** Disponível em: <http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/9/materia/342786>. Acesso em 20 de janeiro de 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=510790&search=mato-grosso%7Csinop%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio&lang>. Acesso em 18 de Junho de 2015.

MATO GROSSO. **Indicadores da atenção primária: situação de indicadores prioritários da atenção básica nos municípios de Mato Grosso de 2006 a 2010.** Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Superintendência de Atenção a Saúde. Coordenadoria de atenção Primária. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2012. 97 p.

MELZER, Priscila Schein. **Acolhimento e classificação de risco no serviço de urgência e emergência do Hospital Sapiranga.** Monografia (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Porto Alegre, 2012.

MENEGUCI, Luciana Ribeiro; OLIVEIRA, Grazielle de Souza. **Os usuários de um pronto atendimento reconhecem o que é urgência e emergência? Contribuição ao protocolo de classificação de risco.** Varginha, Minas Gerais. 2009. Disponível em: <http://followscience.com/content/266304/tcc-classificacao-de-risco/>. Acesso em 06 de Abril de 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, Juranda Maia de. **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, Londrina, 2010.

PAI, Daiane Dal; LAUTERT, Liana. **Sufrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco.** Escola Anna Nery. v. 15, n. 3, p. 524-530. Jul./Set. 2011.

PIRES, M. S; AVINCO, R.V. **Significado da Humanização na Assistência de Enfermagem no serviço de Urgência e Emergência Hospitalar para uma equipe de Enfermagem.** Revista Ciências em Saúde, V5, nº01, Jan-Mar 2015.

ROMANI, H.M *et e al.* **Uma visão assistencial de urgência e emergência no sistema de saúde.** Revista Bioética. (p. 41 – 53). 2009.

SERVIN, Santiago Cirilo Nogueira et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco.** Política Municipal de Humanização. Prefeitura de São Luís Maranhão, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_de_staques.php. Acesso em 18 de maio de 2015.

SOUZA, Raissa Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. **Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro.** Revista Mineira de Enfermagem. v. 12, n.4; p. 581-586; out. - dez., 2008.

SCOFANO, Salvador. Governador do estado do Rio de Janeiro. **Edição Especial UPAs 'Atenção às Emergências'.** Rio de Janeiro, Março, 2012.

SILVA, Elisangelo Aparecido Costa da, *et at.* **Aspectos Históricos da Implantação de um serviço de Atendimento pré-hospitalar.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010.