

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ACESSO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS

Tarcio de Almeida Oliveira*
Karina Araújo Pinto**

RESUMO

Estudo de caso que teve como objetivo descrever a avaliação de usuários quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e às condições de acesso ao serviço de emergência de um hospital público na Bahia. Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas. Na análise, utilizaram-se métodos mistos de integração dos dados quantitativos, por meio das frequências simples das respostas dos usuários, e dados qualitativos, sendo considerados os discursos sobre o acesso e acolhimento dos usuários. Observou-se que a maioria dos participantes foi classificada com o risco na cor verde (82%); utilizou carro (44%) e ônibus (41%) como meio de transporte para ir ao hospital; e o atendimento médico foi priorizado para a cor verde e não a amarela. Os participantes demonstraram maior satisfação quanto ao ACCR em relação ao atendimento prestado por enfermeiras e recepcionistas, enquanto que a insatisfação foi quanto à estrutura física e às acomodações da unidade. Conclui-se que o serviço acolheu todos os usuários, porém há queixas acerca da estrutura da unidade, e usuários classificados na cor verde foram atendidos prioritariamente, contrapondo as diretrizes do ACCR.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização da assistência. Acesso aos serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Assistência hospitalar.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas se tem observado um progressivo aumento na utilização dos serviços de emergência no sistema de saúde brasileiro^(1,2,3). No entanto, para compreender melhor o fenômeno da busca por atendimentos de urgência e emergência no país é necessário observar detalhadamente o perfil desta demanda, considerando-se evidências de que cerca de 65% dos usuários que buscam os serviços de emergência poderiam ter suas necessidades atendidas em serviços de atenção básica, como ambulatorios, unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família e consultórios médicos⁽²⁾.

A cobertura da atenção básica no Brasil tem aumentado desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, alcançando cerca de 50% da população total em 2010, mas este percentual ainda é insuficiente para atender ao contingente de mais de 150 milhões de usuários exclusivos desse sistema⁽⁴⁾. A pouca disponibilidade e a baixa efetividade de serviços de atenção básica podem ser consideradas fatores correlacionados à procura por serviços de emergência em todo o país⁽²⁾.

Outros fatores relatados na literatura que contribuem para a superlotação dos serviços de emergência estão relacionados tanto ao perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, quanto às condições macroeconômica e social. A população brasileira está envelhecendo e a expectativa de vida tem aumentado nas últimas décadas e, em paralelo, tem-se observado um aumento dos acidentes de trânsito e da violência urbana, além da quantidade insuficiente de leitos para internação^(5,6). Do ponto de vista econômico, há no país baixo investimento público em saúde, com percentuais de gastos públicos semelhantes aos sistemas de saúde que não são universais, a exemplo dos Estados Unidos da América^(4,6). No campo social, o Brasil é considerado o país mais desigual da América Latina, fator potencialmente gerador de iniquidades no acesso aos serviços de saúde⁽⁴⁾.

Diante da problemática, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, regulamentou a estratégia Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), tendo como referencial as diretrizes da Política Nacional de Humanização – O Humaniza SUS de 2004⁽⁷⁾. A principal atribuição do ACCR é humanizar o atendimento mediante a

*Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. E-mail: tarcio.oliveira@saude.ba.gov.br

**Enfermeira. Professora Assistente da Escola de Enfermagem, UFBA, Salvador, BA, Brasil. E-mail: karinapinto@ufba.br

promoção de práticas e ações de saúde voltadas para a institucionalização do cuidado aos usuários nos serviços de urgência e emergência com qualidade⁽⁸⁾.

O Acolhimento é classificado como tecnologia leve, isto quer dizer que as práticas de saúde estão permeadas por dispositivos relacionados com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde-usuário, qualidade do atendimento e resolubilidade das ações^(8,9,10). Acolher significa receber bem o usuário, escutá-lo, compreendê-lo, dar voz às demandas individuais e coletivas de cada cidadão. A Classificação de Risco está integrada com o acolhimento e consiste numa prática de atendimento com ordenamento de fluxo, priorizando casos mais graves^(8,11,12,13).

A implantação do ACCR ainda é incipiente em hospitais públicos do país e os poucos estudos que analisaram alguns de seus resultados tem focalizado especial atenção sobre a percepção dos profissionais na implementação dos protocolos e nos impactos gerados sobre a gestão dos serviços de saúde^(3,14). Há escassez de estudos que abordem a implantação do ACCR sob a ótica dos usuários e esta lacuna do conhecimento foi motivadora para a realização deste estudo de caso, que teve como questão norteadora: qual a avaliação de usuários quanto ao ACCR em um serviço hospitalar público de emergência?

Nesse sentido, espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir com informações úteis para gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde e usuários do SUS. Além disso, que estimule a constante dinâmica de (re)formulação de políticas públicas de saúde que promovam melhorias na qualidade das ações em saúde e dos serviços hospitalares, partindo especialmente da perspectiva dos usuários de tais serviços.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever a avaliação de usuários quanto ao ACCR e às condições de acesso ao serviço de emergência de um hospital público da Região Metropolitana de Salvador/BA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e de natureza quanti-qualitativa, que foi desenvolvido

no serviço de emergência de um hospital público da região metropolitana de Salvador, Bahia. O estudo de caso tem grande valor para este tipo de pesquisa por fornecer conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada e permitir a apreensão de múltiplos aspectos relacionados ao objeto de estudo⁽¹⁵⁾.

O hospital estudado é referência para atendimento de média e alta complexidade na região, sob gestão direta da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Com 159 leitos de internação, realiza cirurgias eletivas e de emergência, atendimento ambulatorial em diversas especialidades, possui serviço de bioimagem, berçário de alto risco e uma unidade de cuidados intensivos adulto com oito leitos.

O serviço de emergência é composto por sala de espera, sala para classificação de risco, posto policial, dois banheiros para usuários e dois consultórios (médico e odontológico), dois leitos para pacientes em estado crítico, uma unidade de observação mista com 25 leitos (dois de semi-intensiva), posto de enfermagem, salas de ortopedia, pequena cirurgia, sutura, nebulização, farmácia satélite, depósito de material limpo e expurgo, dois banheiros para profissionais e outros dois para uso dos pacientes internados.

O ACCR foi implantado na emergência para adultos em janeiro de 2011. O protocolo para a classificação de risco segue as orientações internacionais do sistema de triagem de prioridades de Manchester⁽¹⁶⁾, com uma adaptação quanto ao sistema de cores. Sendo assim, o protocolo deste serviço determina que todos os usuários têm que ser atendidos e há quatro cores representativas da classificação do risco: vermelha, amarela, verde e azul.

A classificação vermelha corresponde aos indivíduos em situação crítica, com quadro clínico instável e com risco de morte; a amarela àqueles em situação clínica semicrítica, estando estáveis ou sem risco de morte; a verde classifica os pacientes em situação clínica não crítica, mas que podem evoluir para as condições do risco amarelo; e o azul é representativo para pacientes sensíveis a atendimento, estritamente, ambulatorial, sendo acolhidos e orientados para procurar atendimento na unidade básica de saúde do bairro ou região.

A equipe da emergência é formada por 15 enfermeiros, 36 técnicos de enfermagem, sete

fisioterapeutas, 95 médicos (33 na especialidade clínica, 19 na ortopedia e 43 na cirurgia geral), sete assistentes sociais, um nutricionista e pessoal de apoio (maqueiros, higienizadores, recepcionistas, dentre outros). Dois enfermeiros realizam a classificação de risco, de segunda a sexta-feira, das 07h às 19h. A média de atendimento tem sido de 100 pacientes/dia neste horário e, nas 24 horas, chega a ser maior que 250 pacientes/dia.

Participaram do estudo 100 usuários que preencheram os critérios de inclusão: ter estado clínico estável; estar consciente e orientado no tempo e no espaço; ser maior de 18 anos; e ter o risco classificado pelos enfermeiros do ACCR. Usuários classificados na cor vermelha não participaram desse estudo por não preencherem todos os critérios definidos e no período da coleta dos dados não houve usuários classificados na cor azul atendido pelos enfermeiros do ACCR.

Todos os participantes do estudo foram convidados e aceitaram participar voluntariamente, após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB (parecer n.º 097/2011). Os dados foram coletados entre os meses de janeiro a abril de 2012 com aplicação de um questionário. O próprio pesquisador fazia as perguntas aos usuários em uma área reservada na sala de espera e registrava as respostas no questionário.

O questionário era composto por questões fechadas e abertas que originaram, respectivamente, os dados quantitativos e qualitativos. Os primeiros, representados por números absolutos e frequências simples, correspondem às seguintes variáveis: caracterização sociodemográfica; meios de transporte utilizado para ir ao hospital; tipo de risco classificado; tempo para atendimento na classificação de risco e no médico; privacidade no atendimento com enfermeira; e atribuição de nota 0 (totalmente insatisfeito); 1 a 5 (pouco satisfeito); 6 a 9 (satisfeito); e 10 (completamente satisfeito) acerca da sala de espera, de classificação de risco, atendimento do enfermeiro acolhedor e da recepcionista, higiene da sala, estrutura física e organização do atendimento.

As variáveis qualitativas, formadas pelas expressões que mais surgiram nos discursos dos participantes, imprimem a percepção dos usuários quanto ao serviço e ao atendimento recebido no ACCR, bem como das facilidades e dificuldades quanto à acessibilidade geográfica e organizacional. Todos os dados do questionário foram tabulados no programa Excel for Windows® e cada participante foi identificado sob um código alfanumérico (p01, p02, p03 até p100).

Na análise, utilizaram-se métodos mistos de integração dos dados quantitativos, por meio das frequências simples das respostas dos usuários, e dados qualitativos, onde foram considerados os discursos sobre o acesso e acolhimento do serviço estudado. Nesse sentido, emergiram duas categorias de análise: 1) facilidades e dificuldades na acessibilidade geográfica e organizacional ao serviço de emergência; e 2) avaliação dos usuários sobre a estratégia de ACCR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se nesta seção os resultados do estudo e as discussões acerca da caracterização dos usuários por variáveis sociodemográficas selecionadas na tabela 1, o tipo de risco classificado para os mesmos e as equivalências entre as demais variáveis qualitativas e quantitativas com duas categorias de análise.

Considerando os dados da tabela 1, a maioria dos usuários é do sexo feminino (63%), o que converge com estudos que também relataram uma maior procura por serviços hospitalar de urgência por pessoas do sexo feminino^(17,18). A faixa etária entre 20 e 49 anos (51%) obteve maior percentual, resultado correspondente com as informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁽¹⁹⁾ com relação ao perfil demográfico da população do município estudado. Com relação às demais características dos usuários, o maior percentual estudou até o ensino fundamental incompleto (41%); a maioria procedeu do próprio município (90%), evidenciando o mesmo que outro estudo⁽¹⁶⁾ já apontou, que quanto menor a distância da moradia ao

serviço de emergência, maior será o uso deste serviço; mais da metade era de casados (52%); com renda familiar entre um e quatro salários mínimos (62%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos usuários atendidos no serviço hospitalar de urgência estudado, jan.-abr. 2012.

Variáveis	(n)	(%)
Idade		
18 – 19 anos	6	6
20 – 49 anos	51	51
50 - 69 anos	36	36
Mais de 70 anos	7	7
Sexo		
Masculino	37	37
Feminino	63	63
Nível de escolaridade		
1º grau incompleto	41	41
1º grau completo ao segundo incompleto	22	22
2º grau completo ao 3º grau	37	37
Procedência		
Cidade X*	90	90
Salvador	2	2
Região Metropolitana de Salvador e interior do estado	8	8
Situação Conjugal		
Casado (a)	52	52
Solteiro (a)	35	35
União estável	5	5
Viúvo (a) e separado (a)	8	8
Renda Familiar Mensal		
Menor ou igual a 1 SM**	33	33
Mais que 1 e até 4 SM	62	62
Mais que 4 SM	5	5

*Cidade onde foi realizado o estudo. **Salário Mínimo.

A distribuição dos participantes, por risco classificado pelos enfermeiros, foi apresentada de forma assimétrica, 18% tiveram o risco definido na cor amarela e 82% na verde, o que demonstra que os participantes estavam em condições clínicas que, certamente, não demandavam serviços de urgência ou de emergência. Estudos apontam, que a maioria dos usuários atendidos em serviços de emergência hospitalar poderia ter sido acolhida na rede de serviços de saúde da atenção básica, por não se tratar de necessidades ou problemas de saúde de urgência ou emergência^(2,5).

Facilidades e dificuldades na acessibilidade geográfica e organizacional ao serviço de emergência

Com relação à acessibilidade geográfica, 67% avaliaram o hospital como sendo distante

do local de moradia. Verificou-se que o meio de transporte mais utilizado pelos participantes para ir da residência ao hospital foi o carro próprio ou alugado (44%), seguido por aqueles que relataram que foram de ônibus (41%), fato que pode estar relacionado com as condições socioeconômicas dos participantes.

Há relatos de usuários que destacam o uso do automóvel e ônibus como facilitador e dificultador para o deslocamento ao hospital, respectivamente:

Eu vim de carro, facilita o transporte (p08);

[...] ter carro ajuda muito, mas nem sempre a gente vai estar com ele disponível (p20); e

Demora tanto, ônibus como o meio de transporte para quem não tem carro (p51);

A localização do hospital na entrada da cidade dificulta muito chegar aqui (p59).

Das repostas relacionadas à acessibilidade organizacional, 63% foram atendidos assim que chegou ao serviço de emergência e 37% relataram demora em ser atendido na recepção. Em relação à organização do fluxo de atendimento (recepção – classificação de risco – atendimento médico), a média de pontos atribuídos pelos entrevistados foi de 5,8 pontos, está pontuação se traduz em usuários satisfeitos, mesmo com 50% dos usuários afirmarem que a demora pelo atendimento médico é um fator negativo para o fluxo. A média da avaliação atribuída para o atendimento da recepção foi 6,4 pontos, acredita-se que a satisfação com a recepção pode estar associada à rapidez no atendimento pelas recepcionistas.

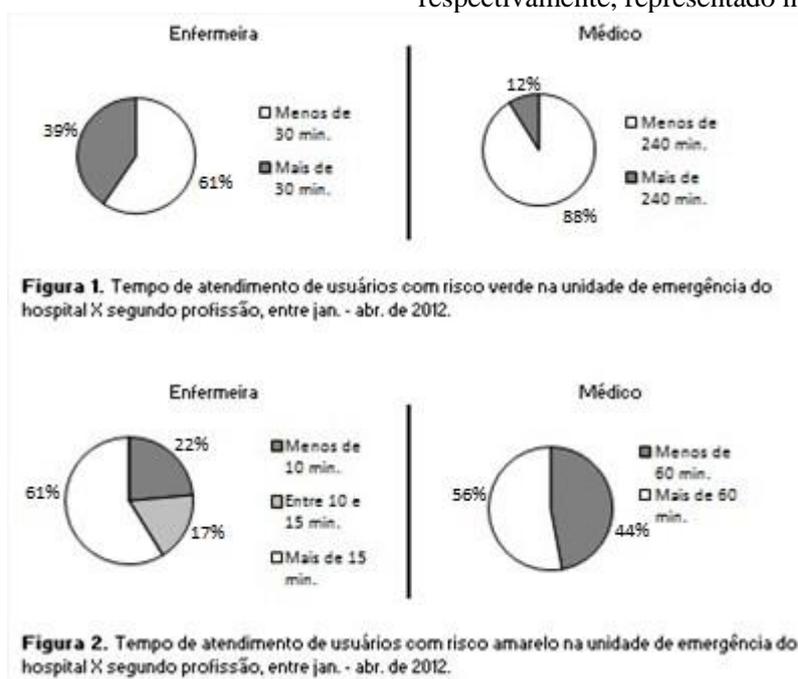
A avaliação da acessibilidade organizacional revelou boa agilidade no atendimento do serviço de emergência do hospital, principalmente, para os usuários classificados na cor verde. Observou-se que todos os usuários foram atendidos, independente do risco classificado.

Com relação à dificuldade na acessibilidade organizacional, a maior frequência de queixas dos usuários foi quanto à demora para atendimento médico:

Precisa acelerar mais o atendimento médico (p18); e

Demora no atendimento médico, precisa ser mais rápido, só tem um atendendo (p39).

O tempo para atendimento da enfermeira e do médico variou de acordo com o risco classificado em verde e amarelo, respectivamente, representado nas figuras 1 e 2.



Chama atenção, dentre os resultados deste estudo, a demora no atendimento para classificação de risco e para atendimento médico dos usuários classificados na cor amarela. A literatura assinala, que os usuários precisam ter o risco classificados em até 15 minutos⁽²⁰⁾, sendo considerado pelo protocolo do hospital estudado 30 minutos apenas para os classificados na cor verde. Além disso, pacientes em risco amarelo podem evoluir para o vermelho, dependendo das condições sintomáticas.

Para atendimento médico, o tempo varia de acordo com a cor atribuída pelo enfermeiro. Para aqueles classificados na cor verde, o tempo máximo de espera é 240 minutos e para a cor amarela é 60 minutos⁽²⁰⁾. Observou-se que, ao priorizar os da cor verde, o serviço de emergência estudado seguiu a lógica inversa de prioridade no atendimento, contrapondo o que recomenda o protocolo de ACCR adotado no referido serviço. Isso acarreta em baixa resolubilidade do serviço hospitalar de urgência e emergência com relação ao fator

tempo para atendimento às pessoas que estão em situação de risco para agravar o estado clínico.

Avaliação dos usuários sobre a estratégia de ACCR

A avaliação quanto à infraestrutura envolveu a sala de espera e a sala da classificação de risco. Na primeira, 90% dos usuários consideraram desconfortável, já com relação à segunda, 51% afirmaram ser confortável. Na avaliação por atribuição de pontos, a higienização da sala de classificação de risco recebeu 5,1; o ar-condicionado da sala obteve 3,3 e à estrutura da sala obteve 4,6 pontos. Quanto ao atendimento da recepção, 80% afirmaram ter sido bem atendido e a avaliação demonstra média de 6,4 pontos.

Das respostas dos usuários acerca do atendimento na emergência com pré-avaliação por ACCR, 82% afirmaram que estavam satisfeitos com essa forma de atender por risco. Esta satisfação foi reforçada com os discursos apresentados, o que parece estar associada, especialmente, à atuação das enfermeiras do acolhimento e das recepcionistas:

O atendimento foi bom, a enfermeira foi muito educada (p21);

Fui atendida logo pela enfermeira e ela me atendeu bem (p45); e

A menina da recepção foi muito educada e fez logo minha ficha (p55).

O protocolo de ACCR da unidade, o de Manchester e a literatura preconizam que os usuários sejam informados quanto ao tempo aproximado para atendimento médico^(16,20). Os resultados mostraram que 73% dos usuários não receberam informação quanto a este tempo. Suplantar esta informação pode levar a uma insatisfação quanto à espera para atendimento conforme os riscos do protocolo de ACCR, a exemplo do verde e do azul, que podem levar mais de 4 horas para o médico atender.

Com relação a ter comparecido outras vezes ao hospital (entre janeiro de 2011 e abril de 2012) e não ter o risco classificado pelo enfermeiro do ACCR, 43% afirmaram que foram atendidos pelo médico sem ter passado pela classificação de risco, 30% disseram ter o risco classificado antes do atendimento médico e para 27% este questionário não era aplicável, pois procuraram atendimento na emergência antes da implantação do ACCR. Isto denota que muitos usuários foram atendidos fora

do horário em que é realizada a classificação do risco (7 às 19h), com um fluxo de atendimento que não se sabe a gravidade nem se define a prioridade.

O atendimento da enfermeira com ACCR obteve 7,9 pontos na avaliação dos usuários e 62% afirmaram que ela manteve a privacidade, deixando a porta fechada no momento do atendimento. Ao serem perguntados se foram chamados pelo nome durante o atendimento com a enfermeira, 96% afirmaram que sim. Com isso, evidencia-se que os classificadores de risco do serviço estudado seguiram algumas das diretrizes de humanização no que diz respeito à individualidade e o direito à privacidade durante atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a avaliação dos usuários acerca das condições de acesso ao serviço estudado foi insatisfatória. Isso porque, no quesito acessibilidade geográfica a distância do hospital ao centro urbano foi considerada o principal obstáculo para o acesso à unidade de emergência. Com relação à acessibilidade organizacional as queixas acerca da estrutura física foram predominantes, bem como o desconforto da sala de espera e da classificação de risco, mesmo após a unidade ter passado por uma reforma recente na estrutura física. Tais aspectos estruturais consistem em grande desafio para gestores de unidades hospitalares de urgência, sobretudo por equilibrar a qualidade das reformas nas unidades assistenciais com as reais necessidades dos serviços e dos usuários.

A atuação das enfermeiras e recepcionistas foi avaliada pelos usuários como satisfatória, sendo relatadas por eles apenas a agilidade e educação desses profissionais no atendimento. Considerando que a proposta de ACCR vai além da agilidade e educação, torna-se necessário compreender outras variáveis que analisem as práticas de enfermagem no cuidado às pessoas em situação de urgência e emergência. Que essas práticas sejam sensíveis às necessidades e problemas de saúde dos usuários, readequando o fluxo de atendimento por gravidade com impactos positivos na assistência e no gerenciamento dos serviços.

A maioria dos entrevistados foi classificada na cor verde, entretanto, de acordo com o protocolo da unidade, pacientes classificados nesta cor não

estão em situações clínicas de urgência nem de emergência. Este dado aponta para a necessidade de se realizar estudos para avaliar cuidadosamente a cobertura e a qualidade da atenção básica deste município, a fim de identificar potenciais causas de tal demanda ambulatorial reprimida que tem procurado atendimento em serviços de emergência.

Diante de um modelo de atenção ainda de predominância hospitalocêntrica, aquele que prioriza ações curativas e não preventivas, será um grande desafio reorganizar os serviços hospitalares de urgência e emergência. A mudança para um modelo de promoção à saúde requer reorganização das práticas e dos serviços no setor saúde. No campo do serviço hospitalar de urgência é necessário desenvolver políticas que causem

impactos positivos no acolhimento, no estabelecimento de vínculos entre paciente-profissional, confiança, na humanização e na minimização de assimetria de informação entre profissionais e usuários.

Compreende-se como principais limites desta pesquisa o tamanho da amostra e o fato de que seus resultados se restringem ao serviço de saúde estudado, não permitindo que sejam extrapolados para outros serviços deste município. No entanto, espera-se que esta iniciativa inspire a realização de outros estudos, com mais fatores a serem analisados e que possam estimular mais investimentos públicos em saúde e, portanto, contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população.

WELCOME WITH RISK CLASSIFICATION AND THE CONDITIONS OF ACCESS IN EMERGENCY SERVICE: USERS' EVALUATION

ABSTRACT

This case study aims to describe the evaluation of healthcare users about the Welcome with Risk Classification (ACCR) and the conditions for access to the emergency department of a public hospital in Bahia. The data collected through interviews and a semi-structured questionnaire. In the analysis, we used mixed methods of integration of quantitative data, through simple frequencies of responses from users, and qualitative data, while the speech of users analyzed. It observed that most of the participants classified as at green risk (82%); they used car (44%) and buses (41%) as transportation to go to the hospital; and the medical care prioritized to them for green risk and not yellow. The participants showed greater satisfaction with the ACCR in relation to the care provided by nurses and receptionists, while dissatisfaction related to the physical structure and the unit's accommodation. We conclude that the service received all users, but there are complaints about the unit structure, and users classified in green seen primarily, opposing the ACCR guidelines.

Keywords: Welcome. Humanization of assistance. Access to health services. Emergency medical services. Hospital care.

ACOGER CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO Y ACCESO EN SERVICIO DE EMERGENCIA: EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS

RESUMEN

Estudio de caso con el objetivo de describir la evaluación de usuarios en relación al Acogimiento con Clasificación de Riesgo (ACCR) y las condiciones de acceso a los servicios de urgencia de un hospital público en Bahía. Los datos fueron recolectados a través de cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Para el análisis fue utilizada métodos mistos de integración de datos cuantitativos, por medio de las frecuencias simples de las respuestas de los usuarios. Se observó que la mayoría de los participantes fue clasificada con el color verde de riesgo (82%); utilizo carro (44%) e autobús (41%) como medio de transporte para ir al hospital; y la atención fue priorizada para el color verde y no amarillo. Los participantes demostraron mayor satisfacción con el ACCR en relación a las atenciones prestadas por enfermeras y recepcionistas, y la insatisfacción estuvo relacionada con la estructura física y las acomodaciones de la unidad. Se concluye que el servicio recibió todos los usuarios. Se presentaron quejas acerca de la estructura de la unidad, y los usuarios clasificados en el color verde fueron atendidos prioritariamente contrariando las directrices del ACCR.

Palabras clave: Acogimiento. Humanización de la atención. Acceso a los servicios de salud. Servicios médicos de urgencia. Atención hospitalaria.

REFERÊNCIAS

1. Caveião C, Hey AP, Montezeli JH, Barros APMM, Sordi JA, Santos SC. Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. *Rev Enferm UFSM*. 2014; jan/mar; 4(1): 189-96.
2. O'dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1637-48.
3. Zanelatto DM, Pai DD. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010 [acesso em: 15 fev. 2014]; abr-jun; 9(2): 358-65. Disponível em:

- <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSau de/article/view/9390/6087>.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. [The Brazilian health system: history, advances, and challenges]. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
 5. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & Contexto Enferm*. 2009 [acesso em: 12 jan. 2012]; abr-jun; 18(2):266-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>.
 6. Souza LEPE de, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 49-68.
 7. Silva CRA, Lunardi Filho WD, Backes DS, Silveira RS, Lunardi VL, Silva APA. Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011 [acesso em: 6 ago. 2014]; jan/mar; 10(1): 35-43. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSau de/article/view/8901>.
 8. Rossaneis MA, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Sentone ADD, Gabriel CS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco em hospital público de médio porte e a responsabilidade da Atenção Básica. *Unopar Cient Ciênc Biol Saúde*. 2011 [acesso em: 15 fev. 2015]; abr-jun; 13(3):169-74. Disponível em: <http://revista.unopar.br/biologicasaude/revistaBiologicas/list#prettyPhoto/9/>.
 9. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Dal Pai D. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Ciênc Cuid Saúde* 2013 [acesso em: 6 ago. 2014]; jan/mar; 12(1): 80-7. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSau de/article/view/18694>.
 10. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012 [acesso em: 7 ago. 2014]; abr-jun; 11(2): 396-401. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSau de/article/view/14922/pdf>.
 11. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Rev Rene* 2014 [acesso em: 15 fev 2015]; maio-jun; 15(3): 447-54. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106865/0/00938073.pdf?sequence=1>.
 12. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KCG. Classificação de Risco na Emergência da Equipe de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011 [acesso em: 20 dez 2011]; jan/mar; 19(1):84-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>.
 13. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Vieira Júnior G, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Referência*. 2014 [acesso em: 6 fev. 2015]; fev/mar; 4(1):37-44. Disponível em: https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2424&id_revista=24&id_edicao=60.
 14. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertonecello KCG V. Acolhimento com Classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Rev Eletrônica Enferm*. 2011 [acesso em: 30 jan. 2012]; out-dez; 13(4): 597-603. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>.
 15. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev Bras Enferm*. 2010, 63(5):749-54.
 16. Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J*. 2009; 26(7):487-6.
 17. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *ACM: Arq Catarin Med*. 2007; 36(4):18-25.
 18. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latinoam Enferm*. 2011 [acesso em: 28 jun. 2012]; maio-jun; 19(3):548-56. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf
 19. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (Datasus). 2010 [acesso em: 16 ago. 2014]. População residente na Bahia segundo município selecionado e faixa etária. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popba.def>
 20. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *ACM: Arq Catarin Med*. 2007 [acesso em: 30 ago. 2012]; 36(4): 70-5. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>.

Endereço para correspondência: Tarcio de Almeida Oliveira. Avenida Jorge Amado, SN, Jardim Limoeiro, CEP 428000-250, Hospital Geral de Camaçari. Camaçari/BA, Brasil. E-mail: tarcio.oliveira@saude.ba.gov.br.

Data de recebimento: 17/02/14

Data de aprovação: 02/03/15