

Raone Sacramento¹
Susana Bubach¹
Franco Farias¹
Andreia Soprani dos Santos¹
Alexandre Moraes¹
Jerusa Dias¹

**Implementation of user
embracement with risk
classification: perceptions of
health workers**

| Acolhimento com Classificação de Risco: percepção do trabalhador sobre sua implantação

ABSTRACT | Introduction: *The user embracement with risk rating (ACR) is designed to create mechanisms for greater integration and coordination between those involved in the health delivery processes: users, workers and managers. Objective:* *Analyze the implementation of the user embracement with risk classification in a public hospital of medium complexity, from the perspective of its employees. Methods:* *This is a cross-sectional and exploratory study, involving 237 professionals who experienced the moments before and after the implementation of ACR. Data was assessed from six binary questions through Stata 12.0 with chi-square McNemar. Results:* *Health workers' perceptions were significantly negative for the following aspects: organization (p<0,0001), prompt emergency treatment (p=0,003) and . conflict among employees (p=0,007). Perceptions were positive for increased number of employees (p<0,0001) and improved physical space (p<0,0001). Conclusion:* *Although ACR may be an important strategy to manage health care and delivery to the user, our findings point to a prevalence of negative perceptions of health workers, which may be due to problems in the implementation process.*

Keywords | *User embracement; Classification; Risk; Evaluation; Health Workers.*

RESUMO | Introdução: O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) visa promover uma nova conformação dos métodos de atendimento das instituições de saúde do país com o intuito de criar mecanismos de maior integração e articulação entre os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. **Objetivo:** Analisar a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma instituição hospitalar pública de média complexidade, na perspectiva de seus funcionários. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, com população composta por 237 profissionais que vivenciaram, na instituição, os momentos antes e após a implantação do acolhimento. O desfecho foi avaliado por meio do pacote estatístico *Stata 12.1* com qui-quadrado de McNemar. **Resultados:** A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de implantação do ACR na instituição foi negativa significativamente em relação à organização (p<0,0001), ao atendimento rápido no setor de emergência (p=0,003) e redução de conflitos entre os funcionários (p=0,007). Contudo, positiva em relação ao aumento no número de funcionários (p<0,0001) e melhoria do espaço físico (p<0,0001). **Conclusão:** Embora o ACR seja uma importante estratégia para organizar o processo de trabalho e o atendimento ao usuário, e sua implantação devesse determinar positividade nesse contexto, observa-se por meio do estudo haver lacunas as quais poderiam ter ocorrido por falhas em sua implantação.

Palavras-chave | Acolhimento; Classificação; Risco; Avaliação; Pessoal de Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, São Mateus/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) visa ajustar os métodos de atendimento das instituições de saúde de acordo com a complexidade da demanda, especialmente nas unidades de urgência e emergência. Também tem sido utilizado para a melhoria da qualidade em países como Canadá e Estados Unidos da América¹.

No Brasil, o ACR compõe a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003², para qualificar as práticas de gestão e atenção à saúde de forma transversal no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa vertente, o ACR não pressupõe apenas ser um instrumento organizador da atenção em saúde, mas também modificar a abordagem na prestação da assistência, por meio da análise e problematização da realidade, e da proposição de processos de trabalho pela equipe de atendimento³ visando à eficácia e eficiência para o cuidado ao indivíduo.

Dessa forma, o ACR busca institucionalizar um novo paradigma de atenção e gestão, com mecanismos de maior integração e articulação entre os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Arelado a isso, o serviço deve desenvolver o melhor atendimento aos usuários, com avanços na qualidade do cuidado à saúde, por meio de modificações institucionais, físicas, humanas e organizacionais, que promovam a resolutividade dos problemas identificados, em todos os âmbitos do SUS⁴.

Assim, o desenvolvimento pleno do ACR está diretamente relacionado ao engajamento e empenho de todos os profissionais, pois favorece a formação de vínculos e promove uma atenção transversal, com ressignificação das relações humanas⁵ e da gestão, que deve ser mais inclusiva aos trabalhadores nos processos gerenciais, como também maior acesso à informação quanto aos novos métodos de assistência.

Entretanto, há grande dificuldade em tornar os processos institucionais mais participativos, seja pela própria gestão hospitalar, seja pelo sistema administrativo de municípios e estados^{6,7}. Além disso, a política de terceirização do setor saúde faz com que muitos serviços, entre eles o ACR, sejam ofertados à população por empresas, obedecendo à lógica do sistema político atual de focar na quantidade da assistência, e não na qualidade⁸.

Leite e Strong⁹ discutem em seu artigo de revisão sobre a influência da visão holística no processo de humanização hospitalar que o sucesso da humanização e da qualidade dos serviços prestados depende da sensibilização e capacitação de todos os funcionários (efetivos, contratados, comissionados), e que isso só é possível se esses profissionais vivenciarem durante os processos de trabalho os mesmos valores esperados em relação aos colegas e aos usuários.

Também o serviço hospitalar de emergência é um dos mais complexos para mudanças devido aos entraves, como superlotação, recusas de assistência ao indivíduo na porta de entrada, processos de trabalho desarticulados e inadequados, conflitos e disputas de poder⁵. Apesar disso, no Brasil, a utilização do ACR tem minimizado esses efeitos, pois estudos acerca do tema apontam que essa diretriz tem produzido melhorias no fluxo de atendimento, mesmo em instituições cuja adesão ocorreu em situações consideradas de difícil solução^{5,10,11}.

A avaliação do ACR tem sido feita por meio de instrumentos e indicadores que visam em sua maioria à qualidade da assistência prestada¹² e da gestão do serviço. Contudo, poucos estudos têm verificado as mudanças no atendimento e no ambiente institucional após a implantação do ACR na perspectiva do trabalhador.

Entendendo que o profissional do serviço de saúde é um dos atores fundamentais no processo de produção e difusão dos modos de promover a saúde e que sua percepção do meio no qual está inserido interfere no desenvolvimento de seu trabalho, bem como pode influenciar no desenvolvimento adequado das políticas institucionais e do ACR, objetivou-se analisar as modificações no setor de emergência com a implantação do ACR, em uma instituição hospitalar pública de média complexidade, na perspectiva de seus funcionários.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, realizado em um hospital público, de média complexidade, localizado no Espírito Santo, que é referência em urgência e emergência, neurocirurgia, cirurgias vasculares, gerais e ortopédicas, para uma região que engloba áreas dos estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Bahia.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de entrevista com todos os profissionais que trabalhassem na instituição antes da implantação do ACR (dezembro de 2009) até a data da entrevista, fosse ele concursado, prestador de serviço ou contratado. Foram identificadas, pelo setor de recursos humanos, 363 pessoas que atendiam aos critérios. Contudo, destas, foram excluídos 82 funcionários que se encontravam de licença, férias, à disposição de outro órgão ou aposentados, e 44 que se recusaram a participar. Assim, a população final entrevistada foi de 237 participantes.

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2012, com aplicação de questionário estruturado com perguntas fechadas, baseado na PNH, contemplando as seguintes variáveis: perfil profissional (sexo, idade, formação, tempo de profissão, tempo de trabalho no hospital e no setor, local de atuação na instituição); aspectos de estrutura (número de funcionários, espaço físico) e processo de trabalho (organização, atendimento rápido, reclamações de usuário, conflitos entre funcionários) do setor de emergência antes e após a implantação do acolhimento. O preenchimento do instrumento foi realizado de duas formas: entrevista direta com o funcionário e autoperenchimento. Essa última estratégia foi adotada para redução de perdas em virtude da indisponibilidade de tempo dos profissionais no momento da abordagem. Apesar de isso ter feito com que algumas questões não fossem respondidas em sua completude, não comprometeu os resultados.

Utilizou-se o programa *Stata 12.1* para análise, apresentando estatística descritiva (frequência, proporção) e de associação com uso do teste qui-quadrado de McNemar. Esse teste é apropriado para comparar proporções de amostras pareadas, como no caso deste estudo, no qual se avaliou a percepção do mesmo indivíduo sobre o acolhimento antes e depois a sua implantação. Cada fator da percepção sobre o ACR foi avaliado de forma independente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade, sob o nº 080/2011, e pelo CEP do estado, ao qual a instituição está vinculada. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS |

A população do estudo consistiu em 237 profissionais os quais trabalhavam no hospital antes da implantação do ACR e que continuavam trabalhando até o momento da pesquisa. No entanto, algumas características não foram informadas completamente, possivelmente por receio de serem identificados. O grupo foi composto em sua maioria por mulheres, 174 (73,4%), e 63 (26,6%) homens, com média de idade de 44,6 anos (DP 8,99), variando entre 19 e 68 anos (TABELA 1).

As categorias profissionais de nível fundamental e médio representaram 85,65% dos entrevistados, sendo as mais frequentes os Auxiliares de Serviços Gerais (29,5%), Técnicos de Enfermagem (25,7%) e Auxiliares de Enfermagem (12,6%). Isso demonstra a situação real dos hospitais, em sua maioria formados por servidores com baixa escolaridade e em grande parte pela equipe de enfermagem¹³. Já os profissionais com nível superior compuseram um total de 11,8% da população, e 42,9% dos quais eram compostos por Enfermeiros e 21,4% por Médicos (Tabela 1).

Em relação ao tempo de profissão e em específico no hospital, a maioria possui mais de 10 anos de atuação (77,6%) e de atividade na instituição (72,1%). Já no tocante ao tempo de trabalho no setor, ocorre o inverso porque a maior parte dos entrevistados (67,1%) possui período inferior a 10 anos (Tabela 1).

Ainda referente ao setor de trabalho dos entrevistados, observou-se que os mais frequentes foram o Pronto-Socorro Adulto (12,2%), seguido pela Unidade de Terapia Intensiva (9,3%) e da Nutrição (7,2%). Sete participantes não informaram o setor de trabalho, provavelmente por atuarem em vários locais dentro da instituição, não tendo um setor fixo, como no caso de auxiliares de serviços gerais, encarregados, fisioterapeutas (Tabela 1).

No tocante à percepção dos funcionários sobre cada um dos fatores de estrutura e processo na instituição, verificou-se que antes da implantação do ACR os trabalhadores percebiam, em geral, que a emergência era organizada (85,9%) e possuía atendimento rápido (57,5%), mas não apresentava número de funcionários adequado (68,3%) e de espaço físico (72,3%). Também, presenciavam muitas reclamações dos usuários (73,5%), contudo, pouco conflito entre funcionários (32,8%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Caracterização do perfil profissional dos entrevistados. Espírito Santo, 2012

Perfil Profissional	N	%
Sexo		
Feminino	174	73,4
Masculino	63	26,6
Faixa etária		
< 25 anos	7	3,0
26-35 anos	26	11,0
36-45 anos	92	38,8
46-55 anos	84	35,4
> 56 anos	25	10,5
Não informado	3	1,3
Profissão		
Auxiliar de serviços gerais	54	29,5
Técnico de enfermagem	47	25,7
Auxiliar de enfermagem	23	12,6
Auxiliar administrativo	20	10,9
Enfermeiro	12	6,6
Médico	6	3,3
Outros	74	40,4
Não informado	1	0,5
Sector de trabalho		
Pronto-Socorro adulto	29	12,2
Unidade de tratamento intensivo	22	9,3
Nutrição	17	7,2
Pediatria	14	5,9
Clínica cirúrgica	10	4,2
Farmácia	10	4,2
Lavanderia	10	4,2
Outros	118	49,8
Não informado	7	3,0
Tempo na profissão		
< 10 anos	51	21,5
10-19 anos	99	41,8
20-29 anos	70	29,5
>30 anos	15	6,3
Não informado	2	0,8

* continua.

* continuação.

Tempo no hospital		
< 10 anos	65	27,4
10-19 anos	111	46,8
> 20 anos	60	25,3
Não informado	1	0,4
Tempo no setor		
< 10 anos	159	67,1
10-19 anos	61	25,7
20-29 anos	12	5,1
Não informado	5	2,1

* conclusão.

Após a implantação do ACR, todavia, os profissionais averiguaram redução na organização do setor (59,3%) e deixou de ter atendimento rápido (40,4%). Porém, aumentou o número de pessoas atuando (61,5%) e o espaço físico (60,5%). Mesmo assim, presenciaram ligeiro aumento nas reclamações dos usuários (77,5%) e no conflito entre os funcionários (42,4%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção dos funcionários antes e depois da implantação do ACR, em uma instituição hospitalar. Espírito Santo, 2012.

Percepção sobre ACR		Antes		Depois		p-valor*
		N	%	N	%	
Organizado	Sim	171	85,9	118	59,3	<0,0001
	Não	28	14,1	81	40,7	
Atendimento rápido	Sim	111	57,5	78	40,4	0,003
	Não	82	42,5	115	59,6	
Número de funcionários adequado	Sim	66	31,7	128	61,5	<0,0001
	Não	142	68,3	80	38,5	
Espaço físico adequado	Sim	61	27,7	133	60,5	<0,0001
	Não	159	72,3	87	39,5	
Muitas reclamações dos usuários	Sim	150	73,5	158	77,5	0,35
	Não	54	26,5	46	22,5	
Conflito entre os funcionários	Sim	58	32,8	75	42,4	0,007
	Não	119	67,2	102	57,6	

* χ^2 McNemar, significativo para $p < 0,05$.

Em uma análise comparativa entre a situação antes e após o setor de emergência utilizar a metodologia de avaliação com classificação de risco, verifica-se que todos os atributos de percepção avaliados pelos trabalhadores foram significativamente ($p < 0,05$) modificados com a implantação do acolhimento, exceto as reclamações dos usuários que se mantiveram ($p = 0,35$). Assim, na percepção dos funcionários após a implantação do ACR no hospital, houve piora na organização do serviço ($p < 0,0001$), o atendimento ficou mais lento ($p = 0,003$) e o conflito entre os funcionários aumentou ($p = 0,007$). Entretanto, o número de funcionários aumentou ($p < 0,0001$) e o espaço físico se tornou mais adequado ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO |

A utilização do ACR pressupõe a determinação de agilidade no atendimento com base na avaliação das demandas do indivíduo, sob um protocolo preestabelecido, determinando o grau de necessidade e proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada³.

No ACR, há uma classificação inicial, julgando-se por aspectos físicos e fisiológicos, sem estabelecer diagnóstico a fim de verificar a necessidade de cuidado imediato, aliando rapidez e efetividade no procedimento¹⁴. Após, o usuário é classificado por meio de cores, indicando a necessidade e tempo de espera para o atendimento⁵.

Essa estruturação do serviço pode ter influenciado na percepção dos funcionários que o atendimento ficou mais lento após a realização do ACR na instituição. Isso porque grande parte da demanda dos serviços de emergência provém de situações que tanto a atenção básica quanto outros serviços de baixa complexidade poderiam solucionar, como verificado por pesquisa em serviço de emergência de Pernambuco, que 74,5% dos atendimentos eram pertinentes à atenção básica¹⁵. Essa situação faz com as queixas sejam classificadas pelo protocolo para maior tempo de espera, uma vez que este prioriza as urgências e emergências, causando a percepção de demora no atendimento¹⁶.

O ACR pode retratar para o indivíduo e para o atendimento condições de maior espera, criando insatisfação dos pacientes, uma vez que uns poderão passar na frente, por conta de seu estado de saúde, ou nem mesmo serem

atendidos, sendo encaminhados para outro serviço³. Além disso, o nível de instrução e local de atuação no hospital dos entrevistados pode ter influenciado na resposta, visto que, em outras instituições, em sua maioria, compostas por profissionais de nível superior e que atuavam diretamente no acolhimento, constatou-se que o ACR organizou e dinamizou o processo de trabalho, pois priorizou o atendimento a pacientes graves, garantindo maior segurança, estabilidade e controle da situação¹⁷.

É válido ressaltar que os conceitos de urgência e emergência não são claros na ótica da população. Nesse sentido, os profissionais de saúde assinalam descontentamento com a incansável procura de usuários para atendimento aos serviços de urgência cujas necessidades não podem ser classificadas nesse contexto¹⁸.

Esses questionamentos podem ser minimizados com maior divulgação sobre a proposta e metodologia de aplicação do ACR³. Além disso, a disseminação dessas informações entre os funcionários, independente do setor de trabalho, favorece a difusão do novo processo de trabalho, reduzindo a socialização de ideias equivocadas e negativas a respeito do serviço.

Contudo, faz-se necessária a discussão com a população, trabalhadores e gestores sobre o fluxo de atendimento mais resolutivo, de acordo com o princípio da complexidade das demandas dos clientes, sem deixar de contemplar a estrutura administrativa da instituição¹².

O ACR deve ser dinâmico e contínuo. Informações claras sobre o fluxo de atendimento do paciente e o tempo de espera, em que o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, são fundamentais para gerar no paciente a confiança no sistema de atendimento¹⁸.

Nesse contexto, o fluxo de atendimento respeitando a complexidade do paciente pode ter contribuído para avaliação negativa quanto à organização da emergência após a implantação do ACR. A maioria dos entrevistados possui um longo tempo de atuação profissional e no hospital, fazendo com que as mudanças na estruturação do serviço sejam desorganizadas, na medida em que vivenciaram durante muito tempo o modelo da triagem e atendimento por ordem de chegada. No Brasil, a prática usual desse tipo de serviço ainda é o atendimento por ordem de chegada dos pacientes, excetuando-se os casos de emergências explícitas¹⁹.

Já no que tange às relações profissionais, de acordo com os entrevistados, observou-se aumento de conflitos entre os funcionários, após a implantação do dispositivo. Esse fato pode estar correlacionado à substituição dos profissionais da recepção pelos da empresa terceirizada responsável por desenvolver o ACR na instituição. Segundo Santos, Superti e Macedo²⁰, o acolhimento se põe como uma estratégia de reformulação no modo pelo qual têm se dado as relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando uma nova organização desse processo, o qual deve envolver todos os trabalhadores na promoção da qualidade de vida.

A entrada de uma empresa terceirizada para a implantação do ACR trouxe aos funcionários do hospital a percepção de aumento dos conflitos entre os profissionais, pois muitos que atuavam nesse setor foram realocados em outros, o que pode ter gerado conflitos internos.

Apesar disso, houve o estabelecimento de outros fluxos na recepção e no atendimento do setor de emergência, o que resultou em um novo formato de trabalho e a necessidade de rearranjos nas relações interpessoais no serviço. E a definição de etapas no fluxo de atendimento torna o serviço mais organizado, humano e seguro¹¹.

Estudo realizado por Miranda²¹ verificou que o principal motivo para implantar esse dispositivo da PNH, nos serviços de urgência e emergência, foi o de humanizar o atendimento, com assistência rápida aos usuários com quadro clínico de maior gravidade, como também diminuir o estresse dos profissionais diante das dificuldades de atendimento da demanda, cada vez maior. A classificação é fundamental em qualquer serviço onde haja superlotação, permitindo identificar os pacientes que precisam ser vistos primeiro, e aqueles que podem esperar por atendimento em segurança¹⁹.

Nesse sentido, o aumento no número de funcionários torna-se necessário a fim de garantir agilidade e eficiência ao processo de classificação, suficiente para que todo caso que requeira atendimento imediato e/ou urgente seja preconizado dentro do tempo necessário para evitar a morte ou incapacidade.

Outro ponto relevante se refere à percepção de melhorias no espaço físico do setor após a implantação do ACR, fato que está diretamente relacionado às condições de implantação do dispositivo nos serviços de saúde. A emergência deve ser definida por nível de complexidade, otimizando recursos, sejam eles tecnológicos, humanos,

estruturais, e devem ser compostos por eixos e áreas que evidenciem os níveis de risco dos pacientes⁵.

Entretanto, observa-se que mesmo com todas essas alterações, que visaram proporcionar aos usuários e profissionais melhores condições de atendimento e de trabalho, as reclamações pelos pacientes, segundo os entrevistados, mantêm-se elevadas. Consoante Azevedo e Barbosa²², a satisfação do usuário quanto ao atendimento está pautada nas características facilitadoras do atendimento e pela qualidade dos serviços prestados. Assim, é importante verificar os motivos que levam essa população usuária do serviço da instituição a manter o nível de insatisfação, mesmo após a implantação de uma estratégia que deveria beneficiá-la.

Apesar do conceito equivocado de que o serviço de emergência deve atender a todas as necessidades dos que o procuram, independente da complexidade da situação de saúde do indivíduo, é fundamental pensar no desenvolvimento do ACR não somente no plano de uma instituição mas também no de uma rede de cuidado, totalmente entrelaçada, não permitindo que o indivíduo saia dessa trama, e não tenha a sua necessidade atendida, mesmo que não adequada à emergência, mas que seja no nível da atenção à saúde correspondente. O ACR é uma ação técnico-assistencial que propõe mudança na relação entre o usuário e o profissional, na qual este e principalmente aqueles se tornam participantes ativos no processo de produção de saúde².

Todavia, para que o ACR seja visto como uma atitude de mudança no fazer em saúde, é preciso que ele exerça influência no processo de trabalho, pressupondo uma miscelânea de saberes, necessidades, possibilidades e angústias, tomando para si a responsabilidade de tornar o ambiente de trabalho mais acolhedor para os profissionais e, conseqüentemente, promover a geração de um bom atendimento em saúde²³.

Nesse ponto, destaca-se a base do acolhimento, que consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários, demonstrando o espaço intercessor que produz uma relação de escuta e responsabilização a partir do que se constituem vínculos e compromissos norteadores dos projetos de intervenção²⁴.

A percepção dos trabalhadores sobre mudanças nos serviços prestados pelas instituições – neste caso, um hospital – é importante, uma vez que a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de

saúde, dentre eles os trabalhadores, contribui na promoção de autonomia e protagonismo no ambiente de trabalho, favorecendo a corresponsabilidade e o estabelecimento de vínculos solidários²⁵.

Portanto, é necessária a participação ativa e responsável do maior número de pessoas (profissionais e usuários) envolvidas direta ou indiretamente, de forma que elas sejam respeitadas, ouvidas e valorizadas²⁶. Esse fato ressalta a importância de se promoverem processos de atenção e gestão que estejam articulados com seus trabalhadores e usuários, de modo a promover mecanismos de publicação de suas ações e de acesso à informação.

CONCLUSÃO |

Conclui-se que a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de implantação do ACR na instituição apontou falhas na organização e no atendimento, que se tornou mais lento, e aumentou o conflito entre os funcionários; e avanços, pelo relato de aumento no número de funcionários, melhoria do espaço físico. Ademais, verificam-se poucos estudos que analisaram a implantação do ACR na perspectiva do trabalhador.

Embora ele seja uma importante estratégia para organizar o processo de trabalho e o atendimento ao usuário e que sua implantação deveria determinar positividade nesse contexto, observa-se por meio do estudo que há lacunas as quais poderiam ter ocorrido por falhas em sua implantação.

Assim, é fundamental o estabelecimento de processos participativos que englobem trabalhadores e usuários nas ações de atenção e gestão, uma vez que a PNH prioriza a formação de vínculos entre os sujeitos e focaliza a execução de ações as quais não estejam condicionadas a um único grupo e/ou indivíduo.

Dessa forma, viabilizar estudos promotores da reflexão quanto à incorporação de políticas de saúde, sob a ótica dos profissionais, constitui meio de análise interna dos determinantes que estão condicionados às interfaces dos dispositivos, porquanto eles são os atores responsáveis por executar as ações de prestação dos cuidados e do gerenciamento em saúde, e análise externa, na medida em que o processo de experientiação de uma instituição pode contribuir para a solução de problema de outras.

REFERÊNCIAS |

1. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):429-37.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Azevedo JMR. O serviço de triagem do hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás: promovendo o acolhimento e reorganização institucional 2004 [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 [citado em 2014 out. 17]. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf>.
6. Ruiz E. Entre Grades e Leitos: Dilemas da Classificação de Risco sem Acolhimento [Internet]. Fortaleza. 2010 [citado em 2013 dez. 20]. Disponível em: URL: <<http://www.redehumanizaus.net/9515-entre-grades-e-leitos-dilemas-da-classificacao-de-risco-sem-acolhimento>>.
7. Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. *Mundo saúde* [online]. 2003; 27:206-18.
8. Molina A. Humanização da assistência à saúde: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas [internet]. *Jornal Medicina*. 2002. Disponível em: URL: <http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2002/dezembro/pag_8.htm>.
9. Leite TAAF, Strong MI. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *Mundo Saúde* [online]. 2006; 30(2):203-14.

10. Andrade EA, Donelli TMS. Acolhimento e Humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo. *Bol Saúde* 2004; 18(2):18-24.
11. Bellucci Jr JA, Matsuda, LM. Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1): 217-25.
12. Bittencour RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(7):1439-54.
13. Fronza FCAO, Teixeira LR. Perfil dos profissionais da saúde que trabalham em hospitais: relação entre sintomas musculoesqueléticos e qualidade de vida. *Rev bras ciênc saúde*. 2010; 24(8):53-61.
14. Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines for implementation of de Australasian triage scale in emergency departments [citado em 2009 out. 21]. Australia: ACEM; 2006. Disponível em: URL: <<https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf837e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scale.aspx>>.
15. Furtado BMASM, Araújo JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3):279-89.
16. 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: Ministério da Saúde; 2004.
17. Nascimento ERP, Hilsenderger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Avaliação do acolhimento com classificação de risco na percepção dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar [Internet]. *Rev eletr enf*. 2011; 13(4):597-603 [citado em 2013 out. 21]. Disponível em: URL: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>>.
18. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(4):535-40.
19. Albino RM, Grosseman S, Riegenbach V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arq Catarin Med*. 2007; 4(36):70-5.
20. Santos DLC, Superti L, Macedo MS. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. *Bol da Saúde*. 2002; 2(16):30-51.
21. Miranda JM. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: o significado para o usuário 2010 [dissertação] Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010.
22. Azevedo JMR, Barbosa MA. Triage em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 1(15):33-9.
23. Nascimento ERP, Hilsenderger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 1(19):84-8.
24. Ramos DD, Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 1(19):27-34.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
26. Beltrame A, Vasconcelos AMM, Cosenza GW, Souza HM, Queiroz LFN, Oliveira MHCB, et al. Gestão de sistemas de saúde. Instituto de Medicina Social-UERJ; 2003.

Correspondência para/Reprint request to:

Raone Sacramento

Rua Rouxinol, 24, Pontal das Garças,

Vila Velha - ES, Brasil

CEP: 29103-382

Tel.: (27) 997047751/33192040

E-mail: raonesacramento@hotmail.com

Submetido em: 30/03/2014

Aceito em: 11/02/2015