



CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

TÁBATA LARISSA ARAÚJO ASSIS
MARY GONÇALVES

**HUMANIZAÇÃO DO PACIENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

SÃO JOÃO DEL REI / MG
2018

TÁBATA LARISSA ARAÚJO ASSIS
MARY GONÇALVES

**HUMANIZAÇÃO DO PACIENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
UMA REVISAO DA LITERATURA**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN - como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Gilberto de Souza.

SÃO JOÃO DEL REI / MG
2018

HUMANIZAÇÃO DO PACIENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ASSIS, Tábata Larissa Araújo¹, GONÇALVES, Mary¹

¹Graduandas do curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN.

RESUMO

A experiência cotidiana do atendimento nos serviços de saúde bem como os resultados de pesquisas de avaliação desses têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Baseados nisso, instituições de saúde vêm buscando desenvolver ações em prol da melhoria da qualidade de seus atendimentos. Em 2000, iniciou-se a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, pelo Ministério da Saúde a fim de implantar o cuidado humanizado nas instituições de saúde, focando no bem estar do paciente e seus familiares. Apesar das inúmeras tentativas de reestruturação do modelo assistencial, a arte de humanizar o atendimento hospitalar não tem sido fácil. Dentre os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à Urgência e Emergência merece evidência, uma vez que sua ausência ou inadequação pode gerar desde a incapacitação até a morte do indivíduo atendido neste setor. Os serviços públicos de urgência e emergência caracterizam-se pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. Esta situação reflete em inadequação da demanda por assistência hospitalar, culminando com a superlotação dos serviços de urgências/emergências e consequente baixa qualidade da assistência prestada àqueles que realmente necessitam de atendimento, comprometendo a integralidade da atenção. Baseado nisto, este artigo visa realizar um estudo sobre a humanização nos atendimentos prestados em setores de urgência e emergência, por meio de revisão da literatura publicada em bases de dados entre os anos de 2014 e 2018, a fim de descrever os principais aspectos relacionados à humanização em saúde bem como suas vantagens para a qualidade do serviço prestado. A humanização dentro dos serviços de urgência e emergência requer transformações desde a infra-estrutura até o modo de trabalho dos profissionais atuantes nesses serviços.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Serviços de Emergência; Enfermagem em Emergência.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o termo “humanização” tomou formas inimagináveis. Inúmeras têm sido as discussões dentro do campo da saúde, no intuito de se definir ações visando valorização e qualificação da prestação de serviços, entretanto surge a preocupação em identificar se esta humanização vem sendo utilizada pelos profissionais de saúde no atendimento ao usuário nos setores de urgência e emergência, setor este, caracterizado pela elevada demanda de pacientes, alta rotatividade de ocorrências, profissionais sobrecarregados e com altos níveis de estresse.¹

Os serviços de urgência e emergência visam diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes que possam acometer seus pacientes, para tanto se faz fundamental a garantia de elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua.²

Apesar da implantação do programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2000, na tentativa de mudar o modelo assistencial, humanizar o atendimento hospitalar não tem sido tarefa fácil, principalmente no que condiz dos atendimentos de emergência, pois, tanto o profissional quanto os usuários enfrentam diversas dificuldades, como por exemplo, superlotação das unidades de atendimento, frieza e rapidez de atendimentos, sofrimento dos pacientes e familiares, dentre outros.³

A metodologia aplicada foi a revisão de literatura com caráter exploratório, no intuito de averiguar trabalhos já publicados acerca do tema proposto, aprofundar conceitos teóricos, além de obter dados da humanização da assistência nos serviços de urgência e emergência.

Foram utilizadas as bases de dados Scientific Eletronic Library (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram encontrados 72 trabalhos, sendo utilizados 23 estudos nesta pesquisa. Os critérios de inclusão foram: estudos envolvendo humanização em saúde e nos setores de urgência e emergência, sendo utilizados artigos publicados entre 2013 e 2018, por serem artigos mais utilizados com relação à temática escolhida, disponíveis online e texto completo, nos idiomas (português ou inglês), publicados em periódicos científicos de enfermagem, medicina ou ciências da saúde. Serem relativamente recentes e abordarem aspectos relevantes que mereçam consideração quanto à temática proposta. Como critérios de exclusão: artigos publicados anteriores ao ano de 2013, artigos disponíveis apenas em resumo; estudos publicados em fontes que não sejam disponíveis em periódicos científicos de enfermagem, medicina ou ciências da saúde e artigos não coerentes com a temática pesquisada.

2 A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), desenvolvida pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, humanizar pode ser entendido como: “o ato de ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.⁴

Outra definição, abordada por Reis¹, traz a humanização como tornar humano, fazer-se pessoa humana, tratando o outro com cordialidade, empatia, transformando, assim, o ambiente de trabalho em algo mais acalentador, suavizar um processo, criando novas relações humanas. Tal humanização surge como necessidade de resgatar o valor humano em nossos semelhantes, uma vez que vivemos em sociedade e necessitamos destas relações.

A proposta de humanização do atendimento em saúde tem se mostrado relevante no contexto atual, uma vez que um atendimento baseado em princípios como integralidade da assistência, equidade e participação social do usuário, insere um pensamento crítico nos profissionais de saúde, a respeito de repensar suas práticas cotidianas, enfatizando-se na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade tanto do profissional de saúde quanto do paciente por ele atendido.⁵

A discussão acerca da humanização traz à tona a transformação das práticas e a qualidade do cuidado. O atendimento humanizado propõe mudanças nas práticas atuais de saúde como uma forma de se alcançar uma assistência de qualidade, devendo caminhar juntos, acolhimento e práticas em saúde.⁶

A humanização como espaço ético requer o fomento de relações profissionais saudáveis, respeitando o diferente e investindo na formação humana dos profissionais que lidam diariamente com pacientes. Dessa forma, o profissional tem condições para reconhecer-se como pessoa humana e, portanto, com limitações, além de aprender que o outro, paciente ou colega de profissão, possui sua individualidade, suas crenças, sua privacidade, etc. podendo, assim, estabelecer uma melhor relação entre todos os agentes envolvidos no âmbito hospitalar.¹

O acolhimento pode ser visto como um ato de inclusão, uma atitude que busca a universalidade e a integralidade, princípios do SUS, no tratamento dos usuários de saúde trata-se de um “estar com” ou “estar perto de”. Por ser uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) não deve ser encarado como um espaço ou local, mas como uma postura ética que não supõe hora ou profissionais específicos para fazê-lo, pois implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, ao tomar para si a responsabilidade de acolher as pessoas em suas demandas.^{7;8}

A gestão do cuidado, como forma de organização da atenção à saúde, substituindo o reducionismo dos programas assistenciais verticalizados, parte do princípio que os processos de adoecimento e recuperação da saúde estão interligados desde o nível individual até o coletivo. Sendo assim, romper com o tradicionalismo da prática em saúde em prol de alcançar uma nova dimensão, integral, capaz de respeitar a subjetividade e o protagonismo do usuário tornam-se fundamentais para a qualidade dos serviços de saúde.⁹

Quando se trata do cuidado humanizado, o foco fica concentrado na descentralização do atendimento e remete-se à necessidade de resgatar atendimentos mais humanos capazes de focar-se na dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados ou atenção. Em algumas situações extremas como, por exemplo, em casos de urgência e emergência, onde se tem um elevado fluxo de ocorrências, bem como o diferente grau de gravidade dos pacientes atendidos, torna-se difícil a condução de um atendimento humanizado. Apesar de que, estes pacientes se caracterizam como os mais necessitados de atenção e cuidado.¹⁰

Segundo Reis¹, o acolhimento necessita estar focado no atendimento a todas as pessoas que buscam o serviço de saúde, garantindo a universalidade proposta pelo SUS. Devendo este, assumir a função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

Apesar dos avanços no SUS e da política nacional de humanização, prevalecem, ainda, inúmeros fatores desumanizantes dentro das instituições hospitalares, como, por exemplo, a despersonalização dos sujeitos e a carência de relações positivas entre usuários e profissionais, pacientes tratados como meros portadores de doenças, as aglomerações e a

precariedade da infraestrutura, materiais e instrumentos, uma assistência centralizada na terapêutica medicamentosa, além da falta de boa relação entre os profissionais de saúde e usuários, da falta de trabalho em equipe e da gestão estratégica/participativa precária.²

Em estudo elaborado por Silva¹¹, foram observadas diversas situações de distanciamento de um atendimento humanizado, tais como despreparo e pouca interação entre os profissionais da equipe de saúde do hospital, pouca abertura aos usuários do sistema para exporem suas opiniões, ausência de processo terapêutico voltado para as singularidades de cada paciente, estruturas precárias de algumas alas do hospital.

Nesse contexto, observa-se que profissionais de saúde e usuários ainda não têm conhecimento acerca da complexidade da política de humanização, uma vez que esta vai além de simplesmente escutar, dialogar, cuidar, preconizando, também, a valorização dos profissionais de saúde, das estruturas físicas dos serviços e da organização das instituições de saúde.⁶

3 ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dentre os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à Urgência e Emergência merece evidência, uma vez que sua ausência ou inadequação pode gerar desde a incapacitação até a morte do indivíduo.¹²

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) traz duas definições de suma importância para a organização de estudos nesta área: define-se urgência como sendo uma ocorrência não prevista de agravo à saúde que possa trazer ou não risco potencial à vida e cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência pode ser tida como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.¹²

Os serviços públicos de urgência e emergência caracterizam-se pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. Esta situação reflete a inadequação da demanda por assistência hospitalar, culminando com a superlotação dos serviços de urgências/emergências e consequente baixa qualidade da assistência prestada àqueles que realmente necessitam de atendimento de urgência, comprometendo a integralidade da atenção.¹³

No que se refere à atenção em urgência e emergência, o crescimento do número de acidentes, a violência urbana e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde caracterizam fatores que contribuíram decisivamente para sobrecarregar os serviços hospitalares. O conhecimento desta realidade em nosso meio torna-se de fundamental importância, no sentido de evidenciar a necessidade de reestruturação do atual sistema de saúde, na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS.¹⁴

No Brasil, a importância de um sistema de Urgência e Emergência foi reconhecida pelo MS na Portaria nº 2048 de 2002, a qual estabeleceu princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, além das normas e critérios para funcionamento, classificação e cadastramento de serviços. Dentro dessa perspectiva, foi proposto que cada estado organizasse seu sistema de urgência e emergência, com estruturação considerada essencial para a consecução dos princípios do SUS. A efetivação da proposta pressupõe que o sistema de urgência e emergência se organize em forma de rede e que se incorpore neste, serviços de diferentes complexidades.¹⁵

Em julho de 2011, a Portaria nº 1.600 instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS com o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.⁷

Dentre os componentes da rede de atenção às urgências temos Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica (representada pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Central de Regulação Médica das Urgências; Salas de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h; hospitais de diversos níveis de complexidade e Atenção Domiciliar.⁷

A classificação de risco representa um importante processo de mudanças nas práticas de unidades de pronto atendimento no Brasil. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto pelo MS por meio da Política Nacional de Humanização, representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e

implementar a produção de saúde em rede, compondo, dessa forma, a base do processo e dos fluxos assistenciais, requisito de todos os pontos de atenção.⁷

Tais estratégias de acolhimento foram implantadas nos serviços de urgência, como por exemplo, nas UPA utilizando-se de protocolos com o objetivo de padronizar os atendimentos, garantindo uma assistência qualificada aos usuários que demandam tais serviços. Dessa forma, a classificação de risco pode ser considerada uma ferramenta que visa garantir atendimento imediato ao paciente mais grave e possibilita estimar o tempo de espera para o atendimento do paciente em menor risco.¹⁶

Segundo Inoue¹⁷ os protocolos, que sustentam a classificação da gravidade de cada paciente podem ser definidos tanto por parâmetros subjetivos quanto objetivos, tempos e fluxos os quais podem vir a sofrer alterações de acordo com a instituição de saúde. O protocolo que direciona a atuação do enfermeiro, considerado, por muitas vezes, como o principal responsável pelo sucesso da classificação de risco, torna-se essencial na orientação da avaliação desse profissional, todavia, sua implantação efetiva depende de uma rede assistencial bem estruturada, capaz de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços de saúde, quando necessária.

No ano de 2003 foi criado, no Brasil, o SAMU, principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, com a finalidade de garantir a qualidade do atendimento no SUS. De acordo com seus princípios e diretrizes, o SAMU deve coordenar meios, processos e fluxos que visem garantir a sobrevivência do paciente, interagindo com todos os componentes da rede de assistência local à saúde. Ele é a forma pela qual o Ministério da Saúde implementa a assistência pré-hospitalar (APH) no âmbito do SUS, prestada em um primeiro nível de atenção aos indivíduos com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar e trazem o risco de acarretar sofrimento, sequelas ou morte. Nesse contexto, deve existir um forte potencial ordenador da assistência como forma de responder demandas de urgência ocorridas no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas ou aonde o indivíduo vir a precisar do SUS, com recursos necessários e adequados para a complexidade da condição do paciente. Por questões de complexidade, o serviço é dividido em unidades básicas e avançadas, coordenadas por uma central de regulação. O número de unidades

dentro de cada serviço varia de acordo com a população do município no qual está implantando.¹⁵

A atuação da enfermagem no SAMU brasileiro iniciou-se após a instauração das unidades de suporte avançado como integrantes do serviço de atendimento pré-hospitalar. Estas unidades caracterizam-se por realizar manobras invasivas e de maior complexidade sendo, portando, funções apenas de médicos e enfermeiros.¹⁸

A equipe de enfermagem deve estar devidamente preparada para atuar demonstrando destreza, agilidade e habilidade, devendo estar apta a estabelecer prioridades intervindo de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano, lembrando-se de que mesmo nos casos de urgência e emergência o cuidado deve ser o elo de interação/integração/relação entre profissional e paciente.¹⁹

4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DOS SETORES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Segundo Bispo, Tavares e Tomaz¹³ profissionais de enfermagem destacam-se como peças fundamentais nos diversos contextos do trabalho em saúde, sendo seu trabalho essencial para a atenção à saúde no âmbito institucional. No caso brasileiro, que conta com profissionais com níveis de formação diferenciada, esse trabalho só pode ocorrer com a presença dos enfermeiros. Tais profissionais têm a responsabilidade técnica sobre o trabalho da equipe de enfermagem e seu trabalho requer competência técnico-científica e permanente atualização. As instituições de saúde vêm buscando profissionais “multiqualificados e multifuncionais” que dominem a linguagem da informática e das máquinas de alta tecnologia, possuam raciocínio rápido, que tenham iniciativa, sejam criativos, competitivos, comunicativos, dominem outros idiomas, além de possuir traço de líder para formar equipes qualificadas para atuarem de forma rápida e precisa nos atendimentos de urgência e emergência.

Os setores de urgência e emergência têm sido vistos, pelos próprios pacientes, como ambientes frios, considerados por muitos como detentores de práticas meramente mecanicistas, apesar dos esforços dos profissionais de saúde que ali trabalham. Tal visão leva os pacientes a temerem o atendimento dentro desses setores, embora a unidade de urgência e emergência tenha

destaque no contexto hospitalar, seja em equipamentos, seja em melhor capacitação profissional, possibilitando melhor recuperação do paciente.¹

Segundo Prudêncio e colaboradores²⁰ no intuito de aperfeiçoar o atendimento dentro dos serviços de urgência e emergência, surge a Classificação de Risco visando tornar tal sistema mais eficiente, contribuindo com o lucro de tempo relacionado ao atendimento, dinamizando-o em relação à eficácia, diminuindo o tempo de espera e permitindo uma melhor organização do serviço. O modelo de classificação de risco agrega contribuição ao método de acolhimento preconizado pelo SUS. O profissional de enfermagem atuante na classificação de risco precisa oferecer escuta qualificada ao usuário. Dessa maneira, o acolhimento na assistência ao paciente extrapola o modelo “tecnobiológico” para a avaliação real do risco exposto.

O Acolhimento com Classificação de Risco, considerado um dispositivo tecnológico relacional de intervenção é norteado pela percepção qualificada, construção de vínculo, garantia de um acesso responsável, bem como pela classificação e elegibilidade dos pacientes mais graves para atendimento. Podendo se caracterizar como uma forma de redefinir o processo de triagem, que, em geral, se esgota na recepção do paciente, o que torna tal processo uma ação de inclusão que permeia todos os espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Nessa proposta, todos os profissionais de saúde devem realizar o acolhimento do paciente e sua família, mas cabe ao enfermeiro a atividade de classificação de risco do paciente.²

O profissional de enfermagem possui responsabilidade de agir em acordo com a ética e moral da sua profissão, no atendimento ao indivíduo, de maneira que propicie um diagnóstico rápido de modo que não ocorra a perda de dados fundamentais para um tratamento apropriado e, conseqüentemente, uma assistência ininterrupta e sem desvios. Para isso, torna-se necessário uma permanente atualização dos conhecimentos científicos sobre os principais agravos clínicos existentes dentro dos setores de emergência.²⁰

O papel do enfermeiro no processo de acolhimento encontra-se intimamente vinculado à qualidade do serviço e à inclusão da humanização nas filas de espera. Porém, uma das poucas desvantagens na implantação do processo do acolhimento e na continuidade deste com qualidade é a relação

entre quantidade de pacientes atendidos e o número de leitos disponíveis, ou seja, temos muitos pacientes para pouquíssimos leitos.²¹

Assim sendo, o profissional de enfermagem exerce função central e articuladora conferindo-lhe oportunidade de interagir e influenciar as ações desenvolvidas nos serviços de urgência e emergência em prol da produção de um cuidado integral, resolutivo e humanizado. Dentro das unidades de urgência e emergência a atuação do enfermeiro é citada como de fundamental importância para a saúde e, conseqüentemente, grande utilizador e implementador das práticas de acolhimento de maneira humanizada, exercido com habilidades e conhecimento.⁹

Dentro da equipe multidisciplinar, o profissional de enfermagem é considerado o principal responsável pela organização do processo de trabalho de sua equipe, principalmente no que diz respeito ao gerenciamento das ações voltadas à qualidade do cuidado. Observa-se que todo processo de cuidado requer ações planejadas, bem estruturadas e contínuas, com o intuito de subsidiar o cuidado humanizado e resolutivo. Dessa forma, o enfermeiro precisa buscar meios para atuar no gerenciamento de enfermagem focando nas necessidades do paciente, conciliando os objetivos da sua equipe e também da organização do processo de trabalho.²²

Dessa forma, a atuação do enfermeiro dentro dos serviços de urgência e emergência exige peculiaridades e articulações indispensáveis à gestão do cuidado, além de aprimoramento científico constante, manejo tecnológico e humanização extensiva aos integrantes das famílias dos pacientes, com eloquente representação no processo de trabalho desse profissional, não só devido à complexidade e particularidade de ações do cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos envolvidos, além da necessidade de interação com outros setores da instituição e do sistema de saúde.²³

Segundo Silva¹¹ e colaboradores as principais características que o profissional da enfermagem deve possuir para atuar de forma concisa na humanização do cuidado ao paciente atendido nos setores de emergência são planejamento, dimensionamento de pessoal, educação continuada, delegação de atividades, supervisão da equipe, avaliação do desempenho e dos recursos de natureza física, material e financeira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização dos serviços de saúde requer transformações do próprio modo como se idealiza o usuário do serviço, passando este, de mero objeto passivo a sujeito, de desprovido de autonomia quanto ao seu atendimento àquele que detém o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por profissionais responsáveis. O cuidado precisa estar presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional de saúde que busca de forma prudente, reconhecer além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que condiz de sua saúde.

Os setores de urgência e emergência têm sido vistos, pelos próprios usuários, como ambientes frios, detentores de práticas meramente mecanicistas, apesar dos esforços dos profissionais de saúde que ali trabalham. Tal visão leva-os a temerem o atendimento dentro desses setores, embora a unidade de urgência e emergência tenha destaque no contexto hospitalar, seja em equipamentos, seja em melhor capacitação profissional, possibilitando melhor recuperação do paciente. O atendimento humanizado, principalmente nos setores de urgência e emergência, é um ato a ser seguido, mas que requer certo tempo de adaptação, de treinamento das equipes de profissionais de saúde, principalmente aqueles que possuem muitos anos de serviço e que estão acostumados com uma rotina, muitas vezes fria, centrada somente no cuidar, deixando de lado a função de assistir integralmente o doente e seus familiares.

A enfermagem, enquanto prática social que tem como objetivo cuidar do ser humano não podendo ficar alheia às mudanças que ocorrem, histórica e socialmente, na atualidade. Portanto, necessita buscar, continuamente, a competência e humanização do processo do cuidar humano a fim de manter serviços de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reis, MBVB. Atendimento humanizado em urgência e emergência. 2014. 22 p. Monografia. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Área em Urgência e Emergência. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis. 2014.
2. Silva, IB; Esteves, YA; Castro, MCS. Humanização no atendimento de emergência através da classificação de risco: uma revisão de literatura. Rev Eletr Estácio Saúde 2016; 5(1):157-172.
3. Oliveira, DA; Guimarães, JP. A importância do acolhimento com classificação de risco. Caderno Saúde e Desenvolvimento 2013; 2(2): 1-20.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Casate, JC; Corrêa, AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem 2015; 13(1): 105-111.
6. Ferreira, LR; Artman, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2018; 23(5): 1437-1450.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
8. Ferreira, MLSM; Penques, RMVB.; Marin, MJS. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Aquichan. Colômbia (Chia) 2014; 14(2): 217-225.
9. Cunha, ATR; Vilar, RLA; Melo, RHV; Silva, AB; Rodrigues, MP. Percepções de usuários sobre humanização na estratégia Saúde da Família: um estudo ancorado na teoria da dádiva. Revista Ciência Plural 2017; 3(3):16-31.

10. Alves, M; Rocha, TB; Ribeiro, HCTC; Gomes, GG; Brito, MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* 2013; 22(1): 208-215.
11. Silva, DS; Bernardes, A; Gabriel, CS; Rocha, FLR; Caldana, G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2014; 16(1):211-219.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.
13. Bispo, EPF; Tavares, CHF; Tomaz, JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Revista Integrare* 2014; 18(49): 1-15.
14. Dias, SRS; Silva, IA; Santos, LL. Classificação de risco no serviço de urgência e emergência: revisão integrativa de literatura. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí* 2018; 7(1):57 – 62.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 32-54, 2002.
16. Roncalli, AA; Nogueira, OD; Melo, IC Viegas, SMF; Brito, RF. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento. *Revista de Enfermagem UFPE Online* 2017; 11(4):1743-1751.
17. Inoue, KC; Júnior, JAB; Papa, MAF; Vidor, RC; Matsuda, LM. Evaluation of quality of Risk Classification in Emergency Services. *Acta Paulista de Enfermagem* 2015; 28(5):420-425.
18. Luchtemberg, MN; Pires, DEP. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2016; 69(2):213 – 220.
19. Penedo, RM; Spiri, WC. Meaning of the Systematization of Nursing Care for nurse managers. *Acta Paulista de Enfermagem* 2014; 27(1):89-92.

20. Sanches, GJC; Carvalho, CAP. Atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro. Arquivos de Ciências da Saúde 2015; 22(2):33-37.

21. Barros, ZMPS. Revisão integrativa: atuação do enfermeiro no acolhimento nas urgências e emergências hospitalares. 2014. 19p. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em linhas de cuidado em enfermagem – Área de Urgência e Emergência. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2014.

22. Barreto, MS; Teston, EF; Miranda, JG; Arruda, GO; Valsecchi, EASS; Marcon, SS. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. Revista Rene 2015; 16(6,):833-841.

23. Silveira, MA; Cavalcante, AB; Lima, PVS; Trindade, LS; Catapreta, AA; Barros, AMMS. A aplicabilidade da classificação de risco no sistema único de saúde:revisão bibliográfica. Revista Ciências Biológicas e da Saúde 2018; 4(3):11-26.