

O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

WORK PROCESS OF NURSES IN THE RECEPTION WITH RISK RATING

EL PROCESO DE TRABAJO DEL ENFERMERO EN LA ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO

Hosana Ferreira Rates ¹
Marília Alves ²
Ricardo Bezerra Cavalcante ³

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Escola de Enfermagem – EE, Programa de Pós-Graduação. Belo Horizonte, MG – Brasil. Professora Adjunta I. Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ, Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Divinópolis, MG – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. UFMG, EE, Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeiro. Doutorado em Ciência da Informação. Professor Adjunto III. UFSJ, Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Divinópolis, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Hosana Ferreira Rates. E-mail: hosanabh@yahoo.com.br
Submetido em: 06/04/2016 Aprovado em: 02/09/2016

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de trabalho do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na Unidade de Pronto-Atendimento de um município de Minas Gerais. **Métodos:** estudo de caso de abordagem qualitativa em que os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros e submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** a principal finalidade do processo de trabalho no ACCR foi reconhecida como priorizar o paciente que tem alto risco clínico, além da orientação do usuário, o seu esclarecimento e verificação de exames clínicos. Em relação ao objeto do processo de trabalho, esteve relacionado às queixas dos usuários e sua articulação com instrumentos e saberes da prática dos profissionais. A sensibilidade foi reconhecida como necessária na relação profissional-usuário, qualificando a escuta. O saber, como uma tecnologia leve-dura, foi reconhecido como uma extensão do profissional, capaz de direcionar o cuidado. As tecnologias duras também foram mencionadas. Todos os profissionais da instituição foram destacados como agentes do processo de classificação e enfatizou-se o enfermeiro como o classificador. O produto final do trabalho não foi concebido como algo acabado e materializável como um objeto, mas a própria prestação da assistência que é consumida, no momento que é produzida. **Conclusão:** existem elementos e tecnologias no processo de trabalho do enfermeiro no ACCR que são inter-relacionais. Há uma potência interdisciplinar, subjetividades e situações contextuais que perpassam o cenário e exigem aperfeiçoamentos em seu processo de trabalho.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Acolhimento; Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Goals: describe the nurse's work process in the Emergency Triage in the Emergency Unit of the municipality of Minas Gerais. **Methods:** qualitative case study who data were collected from semi-structured interviews with nurses and submitted to thematic content analysis. **Results:** the main purpose of the work process in the Emergency Triage was recognized as prioritize that patient who has greater clinical risk, as well as user guidance, its clarification and verification of its clinical examinations. In relation to the work process object, was related to complaints from users and their articulation with instruments and professional practice knowledge. The Sensitivity was recognized as necessary in the professional-user relationship, qualifying the listening. The Knowledge, as a soft-hard technology has been recognized as an extension of the professional, able to direct care. Hard technologies had also been identified. All the professionals of the institution were qualified as classification process agents and this emphasized the nurse as the classifier. The final product of the work was not conceived as something finished and materializable as an object, but the actual implementation of the assistance that is consumed when it is produced. **Conclusion:** there are elements and technologies in the nursing work process in emergency triages that are inter-relational. There is an interdisciplinary power, subjectivities and contextual situations that pervade the stage and require improvements in their work process.

Keywords: Emergency Medical Services; Emergency Nursing; User Embrace; Working Conditions.

Como citar este artigo:

Rates HF, Alves M, Cavalcante RB. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. REME – Rev Min Enferm. 2016; [citado em ____ ____]; 20:e969. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20160039

RESUMEN

El objeto del presente estudio fue describir el proceso de trabajo de enfermería en la Acogida con Clasificación de Riesgo en la guardia hospitalaria de un municipio de Minas Gerais. Se trata de un estudio de caso cualitativo cuyos datos fueron recogidos a partir de entrevistas semiestructuradas a enfermeros y luego sometidos al análisis de contenido temático. Se reconoció que el objetivo principal del proceso de trabajo en la Acogida con Clasificación de Riesgo (ACCR) es darle prioridad al paciente con alto riesgo clínico, además de orientar a los usuarios, su esclarecimiento y comprobar los exámenes clínicos. El objeto del proceso de trabajo está relacionado con las quejas de los usuarios y su articulación con los instrumentos y conocimientos de la práctica profesional. La sensibilidad fue considerada como necesaria en la relación usuario – profesional, sobre todo el saber escuchar. El conocimiento, como tecnología blanda-dura, fue considerado como una extensión del profesional, capaz de orientar los cuidados. También se mencionaron las tecnologías duras. Todos los profesionales de la institución se destacaron como agentes del proceso de clasificación y se realizó que el enfermero era el clasificador. El producto final del trabajo no fue concebido como algo acabado, que se puede materializar como un objeto, sino como la propia prestación de la atención que se consume cuando se produce. En el proceso de trabajo de enfermería en la ACCR hay elementos y tecnologías que se relacionan entre sí. Hay una potencia interdisciplinaria, subjetividades y situaciones contextuales que prevalecen en el escenario y requieren mejoras en su proceso de trabajo.

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería de Urgencia; Acogimiento; Condiciones de Trabajo.

INTRODUÇÃO

No sentido de atender ao Ministério da Saúde e implantar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) para a reorganização da “porta de entrada das urgências”, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) estabeleceu o Sistema de Triagem de Manchester em todo o estado de Minas Gerais no ano de 2008.¹ É uma ferramenta de classificação de risco para queixas de urgência/emergência que estabelece prioridades clínicas e definição de um tempo máximo de espera por um atendimento.¹

Nesse contexto, merece destaque o papel desempenhado pelo enfermeiro devido à sua formação profissional que abrange não somente questões técnicas e biológicas, mas também aspectos sociais e emocionais que potencializam uma prática acolhedora e responsiva às necessidades da população.² Assim, o enfermeiro tem sido indicado pelas organizações para atuar no ACCR, considerando suas competências técnicas e habilidade relacional.

No entanto, ainda é pouco conhecido o processo de trabalho do enfermeiro nesse novo cenário, que tradicionalmente é caracterizado pela urgente imprevisibilidade em relação à gravidade do paciente, exigindo agilidade específica para o atendimento, comunicação eficaz, além dos aspectos típicos de um trabalho inerente à área da saúde, que é considerado como vivo em ato.³ Esse trabalho interage todo o tempo com instrumentos e normas, formando um processo de trabalho no qual se articulam diversos tipos de tecnologias que configuram um modo de produzir o cuidado centrado nas relações ou norteado pela lógica dos instrumentos duros, como os equipamentos.^{3,4}

Acredita-se que ocorram transformações no processo de trabalho de enfermeiros a partir da inserção do ACCR nos serviços de urgência.⁵ Este estudo se justifica pela necessidade de compreender tais transformações e suas influências sobre enfermeiros, demais profissionais e usuários. Além dis-

so, é importante entender suas problemáticas com vistas a intervir sobre a realidade manifesta nesse cenário modificado da urgência e emergência.

Isso remete ao seguinte questionamento: como enfermeiros percebem o seu processo de trabalho no ACCR? Desta feita, busca-se com este estudo descrever o processo de trabalho do enfermeiro no setor de Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto-Atendimento.

MÉTODO

Realizou-se estudo de caso de abordagem qualitativa. O estudo de caso permite investigação de fenômenos sociais complexos, preservando as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, bem como os processos organizacionais e administrativos.⁶

O cenário foi uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) de um município-polo da região ampliada de saúde oeste do estado de Minas Gerais e sede da Superintendência Regional de Saúde. O município é referência para 54 cidades em seu entorno. A opção por realizar o estudo nessa unidade se justificou pelo acesso facilitado da pesquisadora e pela unidade ser a única do sistema público de emergência fixo do SUS na regional. O serviço móvel é realizado pelo Corpo de Bombeiros.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado com enfermeiros que realizam o ACCR na UPA, no próprio local de trabalho, no período de janeiro a fevereiro de 2015. Na UPA há 22 enfermeiros que trabalham com o Protocolo de Manchester, entretanto, um enfermeiro se recusou a participar da pesquisa e um estava de férias, portanto, 20 enfermeiros foram entrevistados. Cada enfermeiro recebeu um código para garantir o anonimato (letra E= Enfermeiro e o número 1 a 20 para cada entrevista). Os enfermeiros participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também se realizaram observações simples do

cotidiano de trabalho dos enfermeiros no ACCR. Tais observações foram registradas em diário de campo.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática.⁷ Primeiramente, realizou-se uma “leitura flutuante”, que permitiu o primeiro contato com o texto a ser analisado e um alinhamento mais preciso dos objetivos do estudo. Além disso, foram conjugadas as formulações das hipóteses e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final. Nessa pré-análise, foi feito recorte do texto, denominadas unidades de registro e foram codificados. As unidades de registro selecionadas fizeram parte do *corpus* para a análise e seguiu as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e de pertinência. A etapa seguinte foi a da transformação, em que se seguiram regras específicas para tratar o texto bruto e realizar a abstração de representações do conteúdo que permitiu a análise das expressões acerca das características relatadas. E, por último, na fase do tratamento dos resultados obtidos, das inferências e interpretações, foi realizada a classificação dos elementos que compuseram as categorias finais por convergência das unidades de contexto.

Todas as etapas da pesquisa estão em concordância com a Resolução nº 466/2012 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 33125014.0.0000.5149).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ACCR: SEUS ELEMENTOS E TECNOLOGIAS

Os participantes reconheceram os elementos constitutivos do processo de trabalho no ACCR, bem como suas tecnologias. A finalidade foi reconhecida como um primeiro elemento. Para um dos enfermeiros entrevistados seu trabalho tem várias finalidades, sendo a principal priorizar o paciente que tem alto risco clínico, evitando que se agrave na fila de espera. Outras finalidades também foram reconhecidas: a orientação, o esclarecimento e verificação de exames clínicos, apesar de relatar não ser o ACCR local adequado para que essas finalidades se estabeleçam.

Vejo como finalidade principal é evitar que o paciente se agrave enquanto aguarda o atendimento médico. É priorizar o atendimento daquele que tem risco maior, essa é a principal. Porém, a gente tem outras finalidades. Você orienta. Embora não seja o local para se fazer isso, [...] com uma orientação que poderia ter sido feita na atenção primária, a gente acaba fazendo ali. A gente olha resultados de exames para o paciente na classificação. Às vezes esse paciente estava aguardando um tem-

pão para o doutor olhar. [...] você consegue liberar para que ele vá para atenção primária. Mas a finalidade principal do Manchester é óbvio que é evitar que o paciente se agrave na fila de espera (E6).

O ACCR é considerado um dispositivo tecno-assistencial que permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações de acesso aos serviços de saúde, de trabalho e os modelos de gestão.⁸ Essas mudanças objetivam a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, alterando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada, bem como propõem a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários. Além disso, orienta o atendimento dos pacientes por riscos clínicos apresentados, elevando o grau de vínculo e confiança entre profissionais de saúde e pacientes.⁹

Há uma finalidade de processo de trabalho do enfermeiro no ACCR que é estabelecida por uma norma (o protocolo). Isso é estabelecido previamente, mas outras finalidades são reconhecidas e construídas a partir da sua vivência no trabalho. É uma finalidade que se estabelece a partir da necessidade de agir em saúde, desenvolver o seu fazer em saúde, intervir sobre uma realidade que precisa de solução.² A produção de cuidado nesse cenário é uma finalidade construída a partir de sua relação com o paciente. Assim, o esclarecimento, a orientação, a verificação do exame e a condução do paciente são ações responsáveis mediadas pela escuta e pela decisão de atender à necessidade do usuário naquele momento. A cena observada a seguir descreve essa situação.

Paciente admitida na unidade com queixas de dor ao urinar; foi classificada pelo enfermeiro no ACCR com a cor verde. Em seguida, foi atendida pelo médico, medicada e orientada a retornar quando o exame de urina rotina estivesse pronto. A usuária não aceitou aguardar a espera mínima de três horas para ter esse resultado do exame laboratorial em mãos (o laboratório é terceirizado e se encontra no hospital de referência, distante da UPA, necessitando de transporte, que nesse caso é realizado por *motoboy*). A usuária retornou no dia seguinte; foi submetida novamente à classificação. Nessa situação, o enfermeiro avaliou seus resultados de exames e lhe comunicou que estavam normais. Como a paciente não apresentava queixa, foi encaminhada à atenção primária para acompanhamento.

Em relação ao objeto como um segundo elemento do processo de trabalho, o mesmo não é reconhecido apenas na queixa de uma pessoa ou na sua dor, mas na sua articulação com instrumentos e saberes, demais elementos constitutivos de um processo de trabalho voltado para o cuidar.

Eu entendo como um objeto mais amplo, assim eu não acho que o objeto do meu trabalho seja a queixa da pessoa, entendo que o objeto do meu trabalho é o conhe-

cimento junto com um instrumento bem articulado, que na minha concepção merece algumas reformas, acho que a gente merece algumas adaptações do Protocolo de Manchester, pra nossa realidade, mas que lida com a dor, a queixa, a doença do outro, então assim, meu objeto de trabalho é essa mistura não é só uma queixa ou uma pessoa, ou só o meu TRIUS [...] é essa interação (E3).

O trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e se articula com os demais elementos. Suas tecnologias de ação configuram-se em processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, além de saberes estruturados, conferindo certo grau de liberdade no modo de fazer esse trabalho.³ Desta feita, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser denominadas como leves, leve-duras e duras, como valises para comportar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde.³ Na primeira valise se encontram os instrumentos, os equipamentos tais como máquinas, normas, estruturas organizacionais (tecnologias duras); na segunda, o saber técnico estruturado, como a clínica médica, a epidemiologia (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o profissional de saúde utiliza as três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um *modus operandi* em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho mais centrado nas tecnologias leves e leve-duras.³

A partir dessas considerações, é preciso que o ACCR contemple a indissociabilidade entre os elementos do processo de trabalho e as tecnologias, que não se separam no interior do trabalho. São complementares, é necessária a sua interação/articulação. Isso foi reconhecido por um enfermeiro, mas precisa ser valorizado por toda a equipe. Em outra cena também se observou essa indissociabilidade entre elementos do processo de trabalho e tecnologias.

Paciente admitida na unidade acompanhada por profissional do Serviço de Saúde Mental, com relato de dor abdominal insuportável (“como nunca havia sentido antes”) no hipocôndrio inferior direito há muitos meses. Entretanto, à inspeção não apresentava *fácies* de dor nem desconforto ou dor à palpação. O enfermeiro foi dialogando com ela e a mesma relatou que o ambiente do Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM) estava lhe causando sofrimento, “que não queria ficar lá, porque lá era lugar de doido”. Nessa situação, os discriminadores do fluxograma do Protocolo de Manchester (tecnologia dura) que a classificariam não seriam suficientes para a prio-

rização dessa paciente. Dessa forma, o enfermeiro se utilizou de subjetividade, isto é, de uma escuta qualificada (tecnologia leve) para avaliação e conduta do caso. A paciente foi classificada (tecnologia leve-dura) e atendida pelo médico.

Nesse íterim, instrumento, objeto, saberes e as tecnologias (leves, leve-duras, duras) se perpassam, se transformam e promovem suporte ao cuidado. Não se pode robotizar o fazer em saúde no ACCR, mas deve-se reconhecê-lo como um espaço de reflexão, de um agir articulado, um movimento a favor do indivíduo que é cuidado.³ Nesse sentido, estabeleceu-se uma complexidade a ser gerenciada e motivada no interior das relações do trabalho no ACCR, a interação entre os vários elementos do processo de trabalho. A cena a seguir endossa a situação em que o usuário também se coloca como ativo na ação terapêutica.

Criança de seis anos de idade, portadora de talassemia menor, acompanhada pela mãe; foi admitida na unidade com relato de dor em membros inferiores e mal-estar. A mãe demonstrava muito conhecimento sobre toda a clínica e terapêutica da doença de sua filha. Essa importante coparticipação no tratamento influenciou diretamente na conduta do enfermeiro ao classificar a criança. Ele priorizou seu atendimento dentro da classificação verde mediante esse contexto.

Os meios/instrumentos utilizados também foram reconhecidos no processo de trabalho investigado. Primeiramente, a sensibilidade foi reconhecida como um instrumento, uma tecnologia leve, necessária na relação com o usuário em seu processo de escuta no ACCR.

Ter sensibilidade é um grande instrumento de trabalho na classificação, se você não for sensível às vezes as coisas passam despercebidas porque às vezes a pessoa não consegue colocar pra você tudo que ela está sentindo (E4).

Há formas de realizar um trabalho que dependem de um laço interpessoal, mas no caso da saúde é particularmente decisivo para a própria eficácia do ato. O trabalho em saúde, necessariamente, concretiza-se sobre pessoas numa inter-relação em que o “consumidor” contribui para o processo de trabalho e é parte desse processo. O “consumidor” fornece informações acerca do que se passou com ele, a história de sua queixa ou doença, e é exigida dele uma participação ativa no cumprimento do plano terapêutico. É um copartícipe do processo de trabalho e frequentemente corresponsável pelo êxito ou não da ação terapêutica.¹⁰

Outros enfermeiros citaram os conhecimentos clínicos como instrumentos de trabalho norteadores da classificação de risco. O saber, como uma tecnologia leve-dura, é reconhecido como um instrumento de posse, uma extensão do profissional, capaz de direcionar o cuidado.

A nossa clínica também é um instrumento de trabalho, a clínica que a gente traz, o conhecimento que a gente traz é um instrumento de trabalho (E3).

Em contrapartida, outros instrumentos, representando as tecnologias duras, foram referidos como presentes no processo de trabalho, tais como o TRIUS, oxímetro, termômetro e formulário de classificação de risco.

Eu tenho o TRIUS, eu tenho o oxímetro, os termômetros e tem o papel também que é o formulário que quando esse aqui não funciona (TRIOUS) eu tenho outro sobressalente (E7).

Os agentes/profissionais também foram reconhecidos no processo de trabalho no ACCR. Todos os profissionais da instituição foram indicados como agentes do processo de classificação e enfatizou-se o enfermeiro como o classificador.

Enquanto classificador é o enfermeiro, mas enquanto classificação dentro da instituição todos os profissionais. Desde o porteiro, a menina da limpeza, o técnico de enfermagem, a recepcionista, porque todos estão envolvidos, porque todo mundo tem que entender o processo de classificação e porque ele é importante. (E12)

O acolhimento não é um espaço ou um ambiente apenas, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica o compartilhamento de saberes, angústias e intervenções. Quem acolhe toma para si a responsabilidade de atender o outro em suas demandas, com a resolutividade necessária. Constitui uma ação que não termina na recepção e no ACCR, mas que deve ocorrer em todos os momentos do serviço de saúde e por todos os profissionais envolvidos.¹¹ Sua direcionalidade técnica e sua produção dependem do trabalho coletivo, na maioria das vezes.¹² Aqui está a potência interdisciplinar do ACCR, que vai além dos muros e limites multiprofissionais, não é enquadrada em um saber hegemônico, mas é dependente das inter-relações que se estabelecem no fazer dos profissionais.

O produto final, como um dos elementos do processo de trabalho, também emergiu das falas dos participantes e das observações realizadas, mas o seu reconhecimento não se deu como um produto acabado e materializável como um objeto.

[...] a classificação ela é muito uma dinâmica, [...] não acho que eu tenho produto final e pronto e acabou, então o produto do meu trabalho é de organização do fluxo do atendimento (E3).

[...] é o paciente tratado, atendido ou encaminhado. [...] (E14).

Na cena a seguir, percebem-se a dinamicidade e complexidade do trabalho do enfermeiro no ACCR.

Paciente idoso admitido na unidade, trazido por familiares, em cadeira de rodas, com sonda nasoentérica, traqueostomizado; queixa principal de prostração. História de várias entradas no serviço por pneumonia. O enfermeiro avaliou o usuário e o classificou como amarelo. No entanto, mediante a realização da ausculta pulmonar pelo enfermeiro e o quadro de prostração, o mesmo decidiu priorizar seu atendimento na classificação amarela e relatou: "Esse vou entregar na mão do médico". Houve alteração do fluxo de atendimento para proporcionar uma assistência imediata e atender a uma demanda de gravidade do caso. Após atendimento médico, o enfermeiro se dirigiu ao setor de medicação para verificar se o paciente priorizado foi medicado. Para esse profissional, o produto final não foi somente a classificação realizada, mas o acolhimento do indivíduo com vistas à resolução de seu problema e à verificação da assistência prestada pelos demais profissionais de saúde.

O produto final do trabalho em saúde é a própria prestação da assistência que é consumida, no momento que é produzida. Não há um produto separado do processo de produção e o resultado do trabalho não é materializável. É possível dizer que a finalidade do trabalho na emergência é a recuperação de sua saúde ou aliviá-lo da situação aguda que motivou a procura da ajuda profissional; que o produto, consumido no próprio processo de produção da ação assistencial, seria o resultado da ação, que pode ser o alívio da dor, a realização de um curativo, de um procedimento cirúrgico, a administração de um analgésico ou até mesmo a orientação para prevenção de doenças ou para a promoção da saúde.¹³

CONCLUSÃO

Ao descrever o processo de trabalho do enfermeiro no ACCR da UPA, apurou-se que o mesmo é reconhecido a partir de seus elementos (finalidade, objeto, instrumentos, produtos) e tecnologias (leves, leve-duras, duras). Destacou-se sua potência interdisciplinar e suas subjetividades no âmbito do ACCR que precisa ser aperfeiçoado. O tempo de escuta, a necessidade de orientação ao usuário, a integração da equipe, a valorização de saberes são aspectos que devem ser considerados.

Em relação aos limites deste estudo, identificou-se a impossibilidade de generalizações devido ao referencial metodológico utilizado e ao seu caráter descritivo. Entretanto, endossa-se a sua relevância e ressalta-se a necessidade de estudos futuros que abordem o cotidiano de trabalho de todos os profissionais envolvidos no ACCR, bem como as percepções dos usuários circunscritos no ACCR.

REFERÊNCIAS

1. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage/Manchester Triage Group. In: Welfane JrC, Mafra AA. Sistema Manchester de Classificação de Risco. São Paulo: Editora Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
2. Silva LG, Matsuda LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012[citado em 2012 nov. 12];11:121-8. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17063/pdf>
3. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Littike D, Sodr e F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015[citado em 2016 mar. 17];20(10):3051-62. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003051&lng=en
5. Inoue KC, Marassaki ACY, Bellucci JAJ, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. Acolhimento com classifica o de risco: avalia o da estrutura, processo e resultado. *REME - Rev Min Enferm*. 2015[citado em 2016 mar. 17];19(1):13-20. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/982>
6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edi oes 70; 2013.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humaniza o. Acolhimento com avalia o e classifica o de risco: um paradigma  tico-est tico no fazer em saúde. Brasilia (DF): Ministério da Saúde; 2004.
9. Cavalcante RB, Rates HF, Silva LTC, Mello RA, Dayrrel KMB. Acolhimento com classifica o de risco: proposta de humaniza o nos serviços de urgência. *Rev Enferm Cent O Min*. 2012[citado em 2016 mar. 17];2(3):428-37. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/288>
10. Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman MLA. Proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff (Millwood)*. 2013[citado em 2016 mar. 17];32(2):357-67. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/32/2/357.full.pdf+html>. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1205.
11. Sousa TSA, Uz da M, Almeida MS, Nunes IMC, Moreira M. Acolhimento com classifica o de risco: a voz das mulheres. *Rev Baiana Enferm*. 2013[citado em 2016 mar. 17];27(3):212-20. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8347>
12. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011[citado em 2016 mar. 17];7(1):9-20. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002
13. Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCTC, Gomes GC, Meneses BMJ. Specificities of the nursing work in the mobile emergency care service of Belo Horizonte. *Texto Contexto Enferm*. 2013[citado em 2016 mar. 17];22(1):208-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100025&lng=en