

Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica

Knowledge about user embracement with risk classification by the Primary Care team

Najara Barbosa da Rocha¹, Ana Tereza Franchin², André Gasparetto³, Luiz Fernando Lolli³, Mitsue Fujimaki³

1. Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá
2. Médica da Família da Atenção Básica
3. Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá

CONTATO: Najara Barbosa da Rocha | Av. Mandacarú, 1550, Bloco S08 | CEP 87083-170
Maringá | PR | E-mail: najara.rocha@gmail.com

Resumo Objetivou-se avaliar o conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco dos funcionários na atenção básica de um município do Paraná. Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, quantitativa, realizada com funcionários da UBS, por pesquisador calibrado, utilizando questionário com dados demográficos e sobre acolhimento com classificação de risco. Os funcionários relataram que o espaço físico da UBS não é suficiente para realizar acolhimento (62,5%) e acomodar o acompanhante (75%). As dimensões estrutura, processo e resultado foram classificadas como precárias. A maioria dos funcionários concordou que acolhimento deixa um ambiente aconchegante (62,5%) e promove conforto ao usuário (56,3%). Apesar de apenas 42,9% terem sido treinados, 50% dos funcionários atendiam de forma humanizada. Conclui-se que os funcionários mostraram disposição em atender o paciente com humanização, porém ainda há pouco conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco, necessitando de educação permanente para qualificação da equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Humanização da Assistência. Sistema Único de Saúde. Avaliação de Serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde.

Abstract The aim of this study was to evaluate the knowledge about the user embracement with risk classification of the workers in primary healthcare of a municipality of the state of Paraná. This is a descriptive and exploratory study, with a quantitative approach, performed with workers at the Basic Health Units (UBS), by a calibration researcher, using a questionnaire with demographic data and on user

embracement and risk classification. The workers reported that the UBS's physical space is not sufficient for user embracement (62.5%), and to accommodate the companion (75%). The dimensions structure, process and outcome were classified as precarious. On the other hand, most workers agreed that the embracement provides a warm environment (62.5%), and promotes user comfort (56.3%). Although only 42.9% were trained, 50% of the workers attended the patient in a humanized manner. It is concluded that the workers showed willingness to receive the patient with humanization, but there is still little knowledge about the embracement with risk classification, requiring permanent education to qualify the team.

KEYWORDS: User Embracement. Humanization of Assistance. Unified Health System. Health Services Evaluation. Primary Health Care.

Introdução

Atenção Básica ou Primária é caracterizada como um conjunto de ações individuais e coletivas, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada dos usuários ao serviço público de saúde e dar resolubilidade a 85% das necessidades de saúde da população¹. Infelizmente os serviços de saúde na atenção primária tem se deparado com diversas dificuldades no intuito de alcançar esses objetivos e um dos problemas que agravam esta situação é a grande fila pelo atendimento nos serviços de saúde e a superlotação das UBSs, muitas vezes em situações críticas. Estes problemas poderiam ser enfrentados com diversas iniciativas, incluindo a implantação de um setor de acolhimento, com a realização da classificação do risco dos pacientes para identificar a urgência na construção das redes de atenção à saúde^{2,3}.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR) foi proposto em 2004, dentro da Política Nacional de Humanização⁴. É uma estratégia para maior eficiência, efetividade organizacional, mediante a reorganização do sistema de atenção

em saúde no Brasil^{5,6}, veio para substituir o modelo biomédico caracterizado pelo atendimento por ordem de chegada⁷. Com isso, aqueles que chegam ao serviço de saúde são atendidos mediante critérios clínicos, por um processo dinâmico em saúde, no qual a prioridade para o cuidado tem como base a gravidade clínica, potencial de risco e/ou grau de sofrimento das pessoas, com vistas a garantir maior qualidade no atendimento dos serviços de emergência⁷.

O acolhimento inicia no momento em que o usuário chega à Unidade de Saúde e faz o primeiro contato e se estende durante todas as interações com os profissionais que o acompanham. O acolhimento pela PNH é entendido como uma postura ética, responsável, de trocas de saberes, respeitando-se a singularidade de cada caso e construindo junto com o usuário, o melhor caminho para sua saúde.

Atualmente, observa-se que existe uma grande lacuna entre as diretrizes da PNH em relação ao acolhimento com avaliação e classificação de risco, com o que é executado nas unidades de Saúde, visto que grande parte dos profissionais envolvidos ainda não tiveram oportunidade de passar por

capacitações, expressando assim, uma inadequação ao novo modelo assistencial enfatizados pelos princípios doutrinários do SUS^{9,10,11}. Por isso, o objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento sobre o acolhimento com avaliação e classificação de risco dos membros da equipe de saúde de uma UBS de um município do Estado do Paraná.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa descritiva e exploratória, prospectiva, com abordagem quantitativa com membros da equipe de saúde responsáveis pelo acolhimento (enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e agentes comunitário de saúde) da UBS de um município do Estado do Paraná considerada a unidade de maior procura de atendimento à saúde deste município.

Antes do início da coleta, os objetivos e a metodologia foram expostos aos funcionários e todos os que aceitaram participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizada a coleta de dados com questionário estruturado incluindo a escala de avaliação sobre acolhimento com classificação de risco desenvolvida e testada por Júnior e Matsuda (2012)¹², por um único entrevistador, calibrado em estudo piloto, sem que prejudicasse as atividades dos funcionários.

Um estudo piloto foi realizado, para aferição das dificuldades encontradas, capacitação e calibração dos pesquisadores e do questionário aplicado. Todos os funcionários responsáveis pelo acolhimento na UBS e os agentes comunitários de saúde foram convidados a participar do estudo. Nenhum funcionário se recusou a participar do estudo.

O questionário de coleta de dados continha dados demográficos e um questionário pré-testado¹² sobre avaliação do acolhimento e classificação de risco.

As dimensões de avaliação da qualidade em saúde no setor de acolhimento incluem a **Estrutura** dos serviços de saúde, que verifica pontos relacionados aos recursos humanos, físicos,

materiais, equipamentos e aspectos financeiros necessários à assistência (questões de 1 a 7); o **Processo**, que avalia o modo de trabalho dos profissionais (questões de 8 a 14); e o **Resultado**, que corresponde à condição de saúde da pessoa que recebeu cuidado no serviço assistencial (questões de 15 a 21).

A avaliação de cada dimensão da escala de acolhimento foi baseada na classificação de Júnior e Matsuda (2012)¹², na qual a pontuação da avaliação que resultava a classificação Ótimo corresponde ao somatório de 31,5 a 35, Satisfatório corresponde de 26,2 a 31,4, Precário de 17,5 a 26,1 e Insuficiente de 7 a 17,4.

Após a coleta dos dados, os formulários foram digitados e processados no programa EpiInfo14. Posteriormente à digitação, os dados foram novamente conferidos, a fim de corrigir todos os erros inerentes a este processo por outro pesquisador. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente no Programa Bioestat¹⁵. A análise estatística incluiu a análise descritiva dos resultados distribuídos em tabelas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de ética de pesquisa em seres humanos da UEM, por meio da plataforma Brasil e aprovado (CAE: 57835316.9.0000.0104).

Resultados

O total de membros da equipe do setor de acolhimento da UBS era 16, incluindo agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e funcionários responsáveis pela recepção dos pacientes. A idade média dos funcionários era de 33,3 anos, em sua maioria casados, com mais de 8 anos de estudo e do sexo feminino, conforme a tabela 1.

Os resultados indicaram que a maioria dos funcionários concordou com as vantagens do acolhimento em deixar um ambiente aconchegante (62,5%) e promover conforto ao usuário e acompanhante (56,3%). Em relação ao espaço físico da UBS, a maioria concordou que não é suficiente

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas dos funcionários da Unidade Básica de Saúde do noroeste do Estado do Paraná.

CARACTERÍSTICAS	N	%
FUNÇÃO		
ACS	8	50
Recepção	4	25
Enfermagem e técnico de enfermagem	4	25
IDADE		
Até 30 anos	9	56,3
31 anos ou mais	7	43,7
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casado	10	62,5
Solteiro	6	37,5
ESCOLARIDADE		
Até 8 anos de estudo	4	25
Mais de 8 anos	12	75
SEXO		
Feminino	13	81,3
Masculino	3	18,7

para realizar o acolhimento (62,5%), nem para acomodar o acompanhante (75%) e a sinalização no ambiente para direcionar o atendimento na UBS não estava clara (75%).

A maioria consentiu que não havia treinamento para a equipe sobre acolhimento (50%), não conhecem as condutas a serem tomadas para acolher o usuário (50%) e as chefias não discutem com os funcionários mudanças para melhoria da primeira consulta (50%).

Os funcionários admitiram que atendiam de forma humanizada o paciente (50%) e que o usuário de baixo risco era informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento (43,75%).

Os servidores estavam insatisfeitos com o processo de acolhimento da UBS (43,8%) e ficaram em dúvida se a humanização no atendimento era presente em todas as etapas do atendimento ao usuário na UBS (42,9%).

Tabela 2. Distribuição das respostas sobre ACCR dos funcionários da Unidade Básica de Saúde do noroeste do Estado do Paraná.

QUESTÕES	TODA POPULAÇÃO		
	DISCORDO N (%)	NEUTRO N (%)	CONCORDO N (%)
1) A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante	4 (25)	3 (18,7)	9 (56,3)
2) O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano	4 (25)	2 (12,5)	10 (62,5)
3) Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco	5 (31,2)	3 (18,8)	8 (50)
4) O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporcionam privacidade ao usuário	3 (18,8)	3 (18,8)	10 (62,4)
5) O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante	3 (18,8)	1 (6,2)	12 (75)
6) A sinalização do ambiente é clara e suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco	10 (62,5)	1 (6,3)	5 (31,2)
7) Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda a equipe do setor*	9 (60)	2 (13,3)	4 (26,7)
8) Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco	9 (56,2)	3 (18,8)	4 (25)
9) As condutas a serem tomadas descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação e Risco não são conhecidas por todos que trabalham no setor	7 (43,7)	1 (6,3)	8 (50)

QUESTÕES	TODA POPULAÇÃO		
	DISCORDO N (%)	NEUTRO N (%)	CONCORDO N (%)
10) As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco	8 (50)	6 (37,5)	2 (12,5)
11) Os Profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável	5 (31,2)	5 (31,2)	6 (37,6)
12) O Fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à clareza e objetividade	7 (43,8)	5 (31,2)	4 (25)
13) O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada**	5 (35,7)	2 (14,3)	7 (50)
14) O usuário que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento	4 (25)	5 (31,2)	7 (43,8)
15) Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana	3 (18,8)	5 (31,2)	8 (50)
16) Nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário	5 (31,2)	6 (37,6)	5 (31,2)
17) A equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários	3 (18,8)	4 (25)	9 (56,2)
18) Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente	6 (37,5)	6 (37,5)	4 (25)
19) Mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco os pacientes graves não são priorizados para o atendimento	5 (31,2)	4 (25)	7 (43,8)
20) Os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde	8 (50)	3 (18,8)	5 (31,2)
21) Os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento	7 (43,8)	3 (18,8)	6 (37,4)

*1 funcionário não respondeu, **2 funcionários não responderam

Os funcionários concordaram que a UBS utilize a priorização de pacientes de acordo com a necessidade e não com a ordem de chegada, porém eles discordaram que a UBS privilegie os pacientes graves quando chegam para atendimento (43,75%).

No gráfico 1 encontra-se a média de pontos de acordo com as questões presentes no formulário, sendo que a melhor resposta foi que o espaço físico

não é suficiente para acolher o acompanhante e a pior resposta foi que os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável.

Todas as dimensões sobre acolhimento relatadas no questionário foram classificadas pelos funcionários como precárias, de acordo com a tabela 3.

Gráfico 1. Distribuição da pontuação média na Escala de avaliação do ACCR por item avaliado.



Tabela 3. Escores gerais de cada dimensão da Escala de avaliação do ACCR de acordo com a entrevista.

DIMENSÕES	PONTUAÇÃO MÉDIA	DP	AValiaÇÃO DA DIMENSÃO
Estrutura	19,4	6,0	Precário
Processo	19,5	5,4	Precário
Resultado	20,6	5,9	Precário

Discussão

A UBS estudada não possuía um processo estruturado para o acolhimento com a utilização da classificação de risco, e por isso foi observada na UBS a formação de filas para suprir a demanda. Os funcionários apresentaram pouco conhecimento sobre o acolhimento e este setor foi classificado como precário.

A atenção básica deve ser capaz de atender as necessidades de saúde e ser a porta de entrada da população no SUS¹³. Historicamente, o atendimento à saúde em instituições públicas tem sido determinado pela ordem de chegada do usuário, sem avaliação prévia dos casos^{17,18}. Isso, sem dúvida, resulta em demora do atendimento e faz com que alguns pacientes sejam expostos, desnecessariamente, a riscos e/ou complicações, perdendo-se a possibilidade de intervenção precoce e manejo adequado da sua condição patológica^{4,19}. No sentido de minimizar essa distorção e ineficácia do sistema, a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco torna-se necessária e urgente, como forma de garantir uma assistência de qualidade e segurança para os usuários dos serviços.

A consolidação do acolhimento é um desafio, pois não depende do desejo apenas do trabalhador, gestor e/ou usuário, porque o produto da ação do trabalhador dependerá do rearranjo dos diferentes elementos estruturais, de recursos humanos e também do processo assistencial estabelecido nas instituições de saúde¹⁶.

O acolhimento é compreendido enquanto processo, resultado de práticas de saúde, produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, constituindo-se, assim, em um conjunto de atos executados de modos distintos no momento do

atendimento, envolvendo posturas e concepções adotadas pelo trabalhador na identificação das demandas e necessidades dos usuários². O acolhimento inicia-se na porta de entrada do serviço de saúde para torná-lo mais humano e efetivo, considerando as singularidades dos sujeitos.

A população do estudo era em sua maioria mulheres, casadas, jovens e com nível médio de escolaridade. Estes resultados corroboram com Versas et al (2014)¹³. A melhor avaliação da qualidade do setor de acolhimento desta UBS foi a condição Resultado e a pior Estrutura, em conformidade ao estudo de Versas et al (2014)¹³. A precariedade da estrutura é uma realidade brasileira na maioria dos serviços públicos de saúde, comuns episódios de superlotação, falta de recursos físicos, carência de recursos humanos e sobrecarga de atividades¹³.

Neste estudo foi verificado que a sinalização na UBS para orientar os pacientes no acolhimento era insuficiente. A preocupação com o usuário pode ser observada também pela forma com que se utiliza a sinalização e que se informa a localização das salas e setores de atendimento, isto é, como se lança mão da tecnologia dura: placas, cartazes, painéis informativos e outros. Desde a entrada, precisa-se destacar placas e ter pessoas nos setores que informem sobre o acolhimento numa linguagem acessível¹³. Matumoto et al. (2009)² diz que o serviço como um todo, por meio de seus trabalhadores, deve considerar a sinalização como se encontra, orientando os usuários segundo suas necessidades; ficando alerta para identificar, dentre o conjunto de usuários, aqueles que apresentam dificuldades em se localizar espacialmente na unidade de saúde, seja por limitação de escolaridade seja por dificuldades como dor, ansiedade, medo, realçando o exercício constante da equidade e acessibilidade.

Considera-se que a estrutura física da UBS deveria proporcionar condições adequadas ao atendimento dos pacientes e seus acompanhantes, pois este é um dos requisitos essenciais propostos pela Política Nacional de Humanização⁴, porém neste estudo o resultado encontrado foi "Precário".

O atendimento por ordem de chegada aumenta o tamanho das filas, causa demora no atendimento,

paciente fica insatisfeito e ainda pode ter problemas com o risco da espera do atendimento. O profissional de saúde dentro da Unidade Básica tem que ser responsável pelo encaminhamento aos serviços de maiores densidades tecnológicas. O acolhimento não é apenas como recepção do usuário em um serviço de saúde qualquer, mas como ação de responsabilização do trabalhador pelo usuário durante toda sua permanência no serviço de saúde²⁰.

O acolhimento, considerado como um processo a ser desenvolvido antes, durante e após o atendimento, deve ser realizado por todos os profissionais, sendo que cada um deles contribuirá positivamente para o desenvolvimento dessa ferramenta assistencial e humanizadora dentro de sua área de atuação²⁰. Ou seja, o acolhimento dentro da unidade básica é como instrumento de eficácia no atendimento que envolve todos os membros da equipe multiprofissional e não admite negligência⁸. Os profissionais devem estar preparados e capacitados para atender de forma humanizada os pacientes. Faz necessária uma educação permanente aprimorando e fornecendo dados para formar profissionais aptos com perfil para atender a população¹⁰, de forma multiprofissional, com resolutibilidade e respeito mútuo entre os profissionais e o paciente.

Dentre os fatores que podem interferir no perfil da equipe é a rotatividade do profissional que interrompe o processo de trabalho que estava sendo realizado. É importante que o gestor realize trabalhos prévios a contratação para constatar se o profissional tem perfil e quer realmente trabalhar na função que ele será contratado.

Percebe-se a falta de conhecimento dos funcionários nas respostas incorretas dos funcionários sobre acolhimento, tais como: a maioria afirmou que não concorda que a UBS privilegie os pacientes graves quando chegam para atendimento ou quando os funcionários ficaram em dúvida se a humanização no atendimento era presente em todas as etapas do atendimento ao usuário na UBS. Relataram que não havia treinamento, conversas ou não conheciam as condutas sobre acolhimento.

Trindade (2014)⁸ cita que para o acolhimento ser efetivo basta que a equipe seja treinada, capacitada, valorizada, com salários dignos, divisão de trabalho, organização, vínculo, comprometimento com a comunidade dentro da ética e acima de tudo respeito. Santos et al. (2011)²² relatam que apesar das dificuldades encontradas nos serviços de saúde, o acolhimento tem um grande potencial para reverter a lógica de saúde vigente, com a utilização de ferramentas que dependem somente da disposição de profissionais em construir uma nova prática de cuidado humanizado.

Os resultados deste estudo foram significativos, porém devem-se ressaltar algumas limitações deste estudo. A primeira limitação foi sobre o desenho do estudo ser do tipo transversal e por isso ter alguns vieses como de memória ou desejabilidade social e não conseguir fornecer maior evidência nos resultados, havendo a necessidade de realização de estudos longitudinais. Outra limitação seria o tipo de coleta de dados que foi por questionário auto-aplicado e o tamanho da amostra. Novas pesquisas longitudinais deverão ser conduzidas do para melhorar as evidências deste achado, com amostras representativas. Contudo considera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para novos processos de capacitação sobre acolhimento, no sentido de promover melhorias a atuação da equipe e conseqüentemente à qualidade do atendimento ao usuário, diminuindo filas.

Vale ressaltar que a UBS estudada estava em processo de mudança de endereço no Município estudado para acomodações melhores, maiores e sinalizadas, bem como uma capacitação foi realizada sobre acolhimento e classificação de risco com os funcionários do setor de acolhimento após a realização desta pesquisa. Estas ações poderão trazer melhorias ao setor de acolhimento desta unidade de forma significativa, e podem ser objetos de estudos futuros.

Conclusões

Os resultados sugerem que os membros das equipes de saúde que iniciam o acolhimento mostraram disposição em atender o paciente de forma humanizada, porém não há conhecimento, ou

este é insuficiente, sobre acolhimento com avaliação e classificação de risco. Foi verificado que não há apoio e treinamento por parte da coordenação da UBS, bem como falta de estrutura física para o funcionamento adequado do setor de acolhimento, necessitando de ações para a implementação da educação permanente em saúde pelas equipes da atenção básica visando a qualificação dos serviços no SUS.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Rev Latino Am Enfermagem* 2009;17(6):1001-8.
3. Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Em: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 91-113, 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS). Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.
5. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009;17(4):535-40.
6. Santos AE. Humanização em serviços de emergência. In: Calil AM, Paranhos WY, organizadoras. *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu; p. 139-48, 2010.
7. Hiestand B, Moseley M, MacWilliams B, Southwick J. The influence of emergency medical services transport on emergency severity index triagelevel for patientswith abdominal pain. *Acad Emerg Med*. 2011;18(3):261-6.
8. Torres HC, Lelis RB. Oficinas de formação de profissionais da equipe da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. *Cienc Enferm* 2010; XVI(2):107-113.
9. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Públ* 1999; 15(2):345-353.
10. Zilly A, Calgáro M, Santos MF, Arcoverde MAM, Camargo CRM. Avaliação do acolhimento nas unidades de atenção básica do Paraná. *Espaço Saúde - Rev. Saúde Públ. Paraná* 2016; 17(2):206-211.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
12. Junior JAB, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5): 751-7.
13. Versa GLGS, Vituri DW, Buriola AA, Oliveira CA, Matsuda LM. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(3):21-28. 21.
14. Center for Disease Control and Prevention. Programa Epi Info: Versão 7.0. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/>> Acesso em 21 fev. 2017.
15. Ayres M, Ayres M Jr, Ayres DL, Santos AS. Programa BioEstat Version 5.0.3. Disponível em: <<http://www.mamiraua.org.br/download/index.php?dirpath=../BioEstat%205%20Portugues&order=0>> Acesso em 21 fev. 2017.
16. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enferm Foco*. 2011; 2(1):14-7.
17. Cavalcante RB, Rates HF, Silva LTC, Mello RA, Dayrel KMB. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. *ver Enferm Cent O Min*. 2012; 2(3):428-37.
18. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(4):181-90.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília (DF); 2009.
20. 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.
21. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS* 2008; 11(1):74-84.
22. Santos MFO, Costa SGG, Fernandes MGM. Acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico paciente. *Espaço Saúde - Rev Saúde Pub. Paraná* 2011, 13(1):66-73.

DATA DE SUBMISSÃO: 20/03/2017

DATA DE ACEITE: 16/05/2017