

O PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

The Nurse Professional In Front Of Humanized Assistance In Emergency Care Units

Camila de Moraes Corrêa^{1*}, Paloma Cristian Tavares Matos¹, Valéria Silva Peixoto²

Palavras-chave:

Enxerto. Autógeno.
Implantodontia.
Biomateriais.
Xenógeno.

RESUMO - As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ocupam o nível intermediário de complexidade entre a atenção primária e terciária, integrando a Rede Pré-Hospitalar, onde atua como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência. As UPAs devem funcionar 24 horas por dia, realizando o acolhimento com classificação de risco que proporciona humanização no atendimento e no trabalho da equipe multidisciplinar. A ausência de flexibilidade nos setores da área da saúde provoca a superlotação das emergências hospitalares e prontos-socorros, tornando essa área em uma das mais problemáticas do sistema de saúde. Desta forma, através desse estudo, foi explanado sobre a eficácia da humanização no atendimento; esclarecendo conceitos referentes à humanização, com o objetivo de descrever sobre a importância da assistência do enfermeiro em uma Unidade de Pronto Atendimento, servindo como fonte de aprimoramento de conhecimentos sobre cuidado humanizado em saúde. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado mediante revisão de literatura a partir de uma análise de artigos científicos, informando sobre a importância da humanização no atendimento de urgência e emergência. A humanização pode ser entendida como um vínculo entre profissionais e usuários, baseado em ações direcionadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, refletindo em atitudes éticas e humanas, englobando aspectos socioculturais sendo permeado por imprecisões no atendimento. É indispensável que se realize o acolhimento do paciente, para que a assistência não seja voltada apenas para a queixa clínica, buscando visar o ser humano de uma forma integral, considerando sua singularidade. A revisão de literatura revelou que a ausência de recursos estruturais, aspectos referentes ao trabalho multiprofissional e mau funcionamento das redes de atenção à saúde, com pouca resolutividade da atenção básica, acarretam a superlotação nas unidades de pronto atendimento. Devido a esses fatores torna-se necessária a aplicação do acolhimento com classificação de risco que é o dispositivo mais utilizado dentre os oferecidos pela política nacional de humanização, trazendo resultados satisfatórios com eficácia clínica, proporcionando um acolhimento humanizado.

Keywords: Bone graft. Autogenous. Implantology. Biomaterials. Xenogene.

ABSTRACT - The Emergency Care Units (UPA) occupy the intermediate level of complexity between primary and tertiary care, integrating the Pre-Hospital Network, where it acts as a gateway to urgent and emergency services. The UPAs must operate 24 hours a day, performing the reception with risk classification that provides humanization in the care and work of the multidisciplinary team. The lack of flexibility in the sectors of the health area causes the overcrowding of hospital emergencies and emergency rooms, making this area one of the most problematic in the health system. Thus, through this study, it was explained about the effectiveness of humanization in care; clarifying concepts related to humanization, with the objective of describing the importance of nurse assistance in an Emergency Care Unit, serving as a source of improvement of knowledge about humanized health care. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out through a literature review based on an analysis of scientific articles, informing about the importance of humanization in urgent and emergency care. Humanization can be understood as a bond between professionals and users, based on actions directed by the understanding and appreciation of the subjects, reflecting on ethical and human attitudes, encompassing socio-cultural aspects being permeated by inaccuracies in care. It is essential that the patient is welcomed, so that care is not only focused on clinical complaints, seeking to target the human being in an integral way, considering their uniqueness. The literature review revealed that the lack of structural resources, aspects related to multiprofessional work and malfunctioning of health care networks, with low resolution of primary care, lead to overcrowding in emergency care units. Due to these factors, it is necessary to apply the host with risk classification, which is the most used device among those offered by the national humanization policy, bringing satisfactory results with clinical efficacy, providing a humanized reception.

1. Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Mineiros – GO, Brasil.

2. Docente na Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Mineiros – GO, Brasil.

*Autor para correspondência: E-mail - camilamoraesenferr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo Uchimura¹, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ocupam o nível intermediário de complexidade entre a atenção primária, secundária e terciária, integrando a rede pré-hospitalar fixa. E foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de Urgência e Emergência.

A urgência é caracterizada por um evento imprevisível de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, do qual o paciente precise da assistência médica imediata. Já a emergência é a constatação da circunstância de agravo à saúde que provoque um risco eminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo socorro imediato. Dependendo do caso atendido eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e encaminhados para os hospitais².

As UPAs devem funcionar 24 horas por dia, realizando o acolhimento com classificação de risco que é um método dinâmico de atendimento através da gravidade clínica que o paciente manifesta ao chegar na unidade, e estabelece se o mesmo necessita de assistência imediata³.

Para executar essa classificação de risco, é fundamental seguir um protocolo, os mais aplicados mundialmente são: Modelo Australiano – *Australian Triage Scale* (ATS), Modelo Canadense – *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), Modelo Americano – *Emergency Severity Index* (ESI), Modelo de classificação do Ministério da Saúde e o Modelo de Manchester- *Manchester Triage System* (MTS), sendo este o mais utilizado no Brasil⁴.

Para que haja uma comunicação efetiva entre as redes de atenção de nível secundário e terciário, é necessário que se aplique o sistema de referência e contra referência, no qual o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), tem um papel fundamental no atendimento e no transporte dos usuários, diminuindo tempo de internação, sequelas e óbitos⁵.

Referenciar consiste em transferir o paciente para um estabelecimento especializado a partir da Unidade de Atendimento, porém a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contra referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema com outras instituições e serviços de saúde⁶.

A ausência dessa dinâmica e a falta de flexibilidade nos setores da saúde, somada ao aumento dos casos de acidentes e violência urbana provocam a superlotação das emergências hospitalares e prontos-socorros, tornando essa área uma das mais problemáticas, consequentemente podendo desencadear uma assistência desumana⁷.

Contudo, é importante que o enfermeiro que atue na urgência e emergência reconheça os agentes estressores, como: insatisfação salarial, a necessidade de organização no ambiente de trabalho, estresse, jornada dupla, sobrecarga de responsabilidades, conflito nas relações interpessoais, falta de lazer, problemas familiares, presença de ruídos, risco de acidentes em seu ambiente de trabalho e suas repercussões no

processo saúde-doença, tentando encontrar soluções para amenizá-los e enfrentá-los, evitando danos à sua saúde e garantindo uma assistência humanizada⁸.

O profissional enfermeiro faz parte da equipe multidisciplinar e atua no processo de cuidar, portanto, a humanização é importante para que haja eficiência do atendimento e a satisfação dos pacientes, que na maioria dos casos, estão passando por um momento de fragilidade. Também é fundamental assegurar que o indivíduo seja tratado com respeito e dignidade durante o tempo que irá permanecer na unidade⁹.

Tendo em vista que o enfermeiro é o principal responsável pelo cuidado, o atendimento deve ser diferenciado no sentido holístico e humanizado, desde o acolhimento na classificação de risco até a alta do paciente, refletindo diretamente na sua assistência. Desta forma, através dessa revisão de literatura será explanado sobre a eficácia da humanização no atendimento; esclarecendo conceitos referentes à humanização, com o objetivo de descrever sobre a importância da assistência do Enfermeiro em uma Unidade de Pronto Atendimento, servindo como fonte de aprimoramento de conhecimentos sobre cuidado humanizado em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado mediante revisão de literatura, informando sobre a importância da humanização no atendimento de urgência e emergência, buscando como questão norteadora a assistência de enfermagem, no atendimento humanizado aos pacientes das unidades de pronto atendimento, através de pesquisa na literatura, determinando os critérios de inclusão tais como: artigos publicados nos períodos de 2015 a 2020, com base de dados científicos *Scielo*, *Pub Med*, e *Lilacs* com palavras-chave: “Humanização”, “Atendimento” e “Enfermeiro” nas línguas portuguesa e inglesa e como fator de exclusão: artigos fora do período estabelecido, das bases científicas citadas e das línguas estabelecidas. Os artigos foram selecionados pelo título e pelo resumo, tendo como amostra inicial um total de 70 estudos. Após a leitura, na íntegra, dessas publicações, houve a exclusão de 28 artigos, sendo utilizados somente 42 deles.

REVISÃO DA LITERATURA

Redes de Atenção à Saúde

A ideia de atenção completa à saúde no Brasil se baseia no alicerce de uma rede única de atenção à saúde, sendo ela estruturada dentro das legislações pertinentes, promovendo atendimento de forma regionalizada, integrada, organizada e instituída por diferentes dispositivos de atenção à saúde da

população. Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem como proposta, incluir serviços coordenados em níveis de complexidade tecnológica, que elaboram ações, permitindo atender as necessidades dos indivíduos como um todo¹⁰.

Devido à deficiência de atendimento adequado dentro da RAS, com divulgação da portaria do Ministério da Saúde (MS) Nº. 4.279¹¹, foram criadas as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), sendo relevante para que haja articulação e integração de todos os elementos de saúde, com o objetivo de ampliar e caracterizar o acesso humanizado aos usuários em situação de urgência e emergência em todo o território nacional¹².

A RUE propõe o atendimento de variadas condições, que vão desde as situações clínicas, cirúrgicas e traumatológicas relacionadas às causas externas, como por exemplo: violências, condutas gineco-obstétricas, psiquiátricas e pediátricas. Assim, a rede pretende ampliar todos os serviços de urgência, com qualidade e resolução, articulando condutas de promoção da saúde e profilaxia de doenças e agravos¹³.

Histórico Das Unidades De Pronto Atendimento No Brasil

A elaboração da política federal direcionada para a atenção às urgências no Brasil abrangeu três principais momentos: de 1998 até 2003, há prevalência da regulamentação; entre 2004 e 2008, existe a expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009, predomina a implantação do elemento fixo no atendimento pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA, onde se originou a primeira portaria regulando esse atendimento na esfera federal¹⁴.

No entanto, as primeiras UPAs surgiram no Rio de Janeiro em 2007, de forma peculiar, devido à adesão tardia da estratégia de saúde da família relacionada aos conflitos de diversas esferas administrativas na saúde do município, gerando uma crise e deixando a população desassistida. A implementação das UPAs como um novo componente do sistema de saúde visa uma assistência de qualidade respeitando as inovações políticas¹⁵.

A UPA foi criada com o intuito de promover um suporte na assistência, ocorrendo de forma intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar, auxiliando no tempo de espera nas urgências e emergências dos hospitais, atendendo assim especificamente a necessidade de média complexidade, deixando os casos de alta complexidade para os hospitais especializados¹⁶.

A estratégia dessas unidades é justificada com recursos financeiros, pelas portarias que consideram de alta relevância epidemiológica e social dos quadros de urgência e emergência, correlatos ao perfil de morbimortalidade do Brasil. Essas portarias e políticas se referem às necessidades para fundamentar a esse atendimento especializado¹⁷.

A partir da portaria nº10 de 2017, surge o conceito de ampliação, processo pelo qual uma UPA já habilitada, ou seja, que está funcionando e recebendo repasses de custeio, é

submetida à comprovação documental e visita técnica que permitem a expansão dos recursos financeiros, quando a unidade é aprovada para o atendimento da população¹⁸.

Segundo Brasil¹⁸, o Art. 13. da portaria Nº 10 de 3 de Janeiro de 2017, as UPAs 24h habilitadas são classificadas em portes I, II, e III, para a finalidade específica de conclusão do financiamento do investimento aprovado, sem agravo do consentimento de custeio, na forma prevista nos Arts. 23 e 24 desta Portaria, e nos seguintes termos:

Porte I: tem o mínimo de 7 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50.000 a 100.000 mil habitantes.

Porte II: tem o mínimo de 11 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 250 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100.001 a 200.000 mil habitantes.

Porte III: tem o mínimo de 15 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 350 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200.001 a 300.000 mil habitantes.

Entretanto, vem sendo discutida a atenção executada nas urgências e emergências sob enfoques variados; como demanda excessiva de atendimentos e a falta de conhecimento da população frente a esse serviço, evidenciando a superlotação das emergências hospitalares¹⁹.

Primórdios Da Assistência À Saúde

No Brasil, os cuidados iniciaram-se através de entidades filantrópicas e religiosas, com assistência fornecida através de caridade. Nos primórdios da história as enfermidades e o alívio da dor só poderiam ser tratados em templos onde religiosos se dedicavam aos cuidados da população, que na maioria das vezes, eram abandonados à própria sorte. Nesse período existiam duas classes de cidadãos, aqueles que tinham a previdência e aqueles sem direito, sendo esses categorizados como indigentes²⁰.

Com o passar dos anos foram criados os hospitais, vistos como refúgios restritos para os doentes, onde a assistência era prestada sem técnicas ou formação específica para o cuidado. O atendimento foi ampliado conforme os avanços científicos exigindo domínios, aprimoramento dos conhecimentos e técnicas específicas. A tecnologia e normatização foram medidas fundamentais neste processo de renovação²¹.

Em razão da grande mudança, as instituições enfrentam um novo impasse: as relações interpessoais, pois quanto mais eram exigidas técnicas no atendimento, maior o distanciamento entre o grupo de trabalho e a pessoa sob cuidado. Em virtude desta preocupação, existe a necessidade de assimilar que o cliente estando hospitalizado, sente um afastamento do ambiente familiar sendo privado de sua individualidade, tornando-se indiferente ao cuidado ofertado pelos profissionais de saúde,

fazendo com que aumente a conveniência de um contato mais humano, elaborando políticas para essa aproximação²².

Política Nacional De Humanização (Pnh)

Com o objetivo de construir uma política para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi elaborada, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo essa política: “Para humanizar, é necessário a adoção de posturas e práticas que valorizem os diferentes fatores que implicam no processo entre saúde e doença, estimulando a corresponsabilização e a autonomia, assim como a ampliação do acesso com atendimento resolutivo e a valorização do trabalhador”²³.

A proposta dessa política é trazer uma nova concepção do humano, considerando-o em todos os seus aspectos. O sentido de humanizar apresentado pela PNH visa garantir atenção integral à população e maneiras de aumentar a condição de direitos e de cidadania dos usuários²⁴.

Os princípios que orientam as ações a partir dos quais a PNH se desdobra, enquanto políticas públicas são: transversalidade, que diz respeito ao grau de interação, ou seja, ao aumento da comunicação; indissociabilidade entre atenção e gestão, evidenciando que os modos de cuidar são inseparáveis dos modos de operacionalizar esse cuidado, e a corresponsabilidade, que é a autonomia dos sujeitos e comunidades, através dos quais se reconhece a responsabilidade dos indivíduos implicados no processo de gerir e cuidar²⁵.

A PNH determina com relação a diretrizes a forma de operacionalizar, englobando o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários, atuando com base em todas as orientações éticas e políticas²⁶.

Acolhimento Humanizado

A humanização pode ser entendida como um vínculo entre profissionais e usuários, baseada em ações direcionadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, refletindo em atitudes éticas e humanas. Engloba aspectos socioculturais sendo permeada por imprecisões no atendimento²⁷.

Para que isso aconteça, a assistência humanizada exige conhecimento e consiste em realizar o acolhimento de forma individualizada, e para isso é necessário; transmitir confiança, segurança, demonstrar empatia, cumprimentar, chamar o paciente pelo nome, olhar nos olhos e prestar uma escuta qualificada, respeitar a intimidade, crenças e desejos, prestar informações transparentes a pacientes e familiares a respeito do seu quadro clínico, possuir estrutura física digna e preparada para a assistência²⁸.

É indispensável que se realize o acolhimento do usuário, para que a assistência não seja voltada apenas para a queixa

clínica, buscando visar o ser humano de uma forma integral, considerando sua singularidade²⁹.

A humanização na atenção e na gestão do SUS exige fortalecer a capacidade dos usuários e das comunidades para que observem, investiguem e atuem juntamente aos determinantes de saúde, como: moradia, saneamento básico, lazer, esporte e renda³⁰.

Humanizar exige trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e diretamente relacionados com o contexto de urgência e emergência. São processos demorados e complexos, os quais oferecem resistências, pois envolvem, entre outros fatores, mudanças de comportamento e provocam insegurança, ao passo que os padrões culturais, institucionais e comportamentais, já conhecidos parecem mais seguros³¹.

Classificação De Risco

As tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho possuem como uma das bases o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que tem se mostrado um dispositivo importante, com resultados de grande satisfação de usuários e trabalhadores, aumentando a eficácia clínica, gerando outras mudanças como a composição de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das redes de atenção à saúde (RAS) e a valorização do trabalho em saúde³².

A Classificação de Risco é um processo criativo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, que equivalem à priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência. É um processo difícil que exige competência técnica e científica em sua aplicação; está regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) N° 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Risco³³.

No Brasil, um dos mais utilizados é o modelo de Manchester, que é um regulamento estabelecido pela portaria 2048 do Ministério da Saúde, com o objetivo de acolher, avaliando o grau de urgência, oferecendo atendimento resolutivo. A classificação ocorre nos seguintes níveis (Conforme figura 1)³⁴:

Figura 1 - Classificação de risco



Fonte: Rede Humaniza SUS

Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que: “É priorizado que o Enfermeiro realize a Classificação de Risco na assistência em serviços de urgência considerando a mesma como uma função privativa desse profissional, observando as disposições legais da profissão”. Além disso, a Resolução dispõe que o Enfermeiro deve estar munido de conhecimentos, competências e habilidades que assegurem rigor técnico-científico ao procedimento. O procedimento deve ser executado no âmbito do Processo de Enfermagem atendendo as disposições da Resolução Cofen 358/2009 que disponibiliza sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH)³⁵.

Competências Do Enfermeiro No Atendimento De Urgência

Nos serviços hospitalares de emergência, os enfermeiros são responsáveis pela coordenação do cuidado, que envolve a execução estruturada de atividades assistenciais e gerenciais; entre elas se destacam a previsão e provisão de recursos materiais, dimensionamento de pessoal, liderança da equipe de trabalho e gestão do processo assistencial³⁶.

O enfermeiro, dentro de uma unidade de pronto atendimento, é responsável pela realização do acolhimento que tem como conceito referenciar a primeira avaliação do paciente, conforme os parâmetros de verificação dos sinais vitais, além de realizar a classificação de risco³⁷.

Esses profissionais são precursores da humanização no cuidado, permitindo que o profissional tenha conhecimento do que deverá ser realizado; e de acordo com a classificação, os pacientes mais graves serão priorizados imediatamente, porém, sem dispensar nenhum paciente do atendimento³⁸.

Compete também ao enfermeiro responsabilizar-se pelo atendimento, de forma ágil, aos processos diagnósticos, sem perder a precisão do mesmo e o devido tratamento; assegurando a continuidade dos cuidados delegados, adaptando as normas em conformidade com as necessidades da pessoa que recebe o

atendimento, mantendo atualização contínua dos seus conhecimentos e de sua equipe por um processo de Educação Continuada ou aperfeiçoamento em Recursos Humanos, dentre outras deliberações³⁹.

Fatores Que Podem Interferir Na Assistência Humanizada

O acolhimento na urgência e emergência é uma ação que propõe habilidade e aptidão por parte da equipe multiprofissional, pois, demanda habilidade, assistência imediata, amplo conhecimento técnico e emprego de recursos tecnológicos associados à agilidade necessária para casos graves. Esta dinâmica de trabalho, por vezes, induz o profissional a colocar-se de maneira mais impessoal, dificultando a atuação de forma humanizada⁴⁰.

Segundo Sousa⁴¹, os serviços de urgência e emergência (SUE) são fundamentais na assistência, e considerados serviços acessíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, há sobrecarga de serviços, sendo essas: demanda excessiva, falta de ajustes no dimensionamento de recursos humanos, escassez de recursos materiais e jornada dupla de trabalho, o que compromete a qualidade da assistência humanizada.

Diante disso, observa-se que a população procura o SUE sem precisamente ter agravos urgentes, devido à demora no atendimento na atenção primária, favorecendo a sobrecarga de tais serviços. Neste sentido, os dispositivos da PNH, a exemplo do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), deve ser considerado, melhorando a distribuição do trabalho e a efetividade no atendimento⁴².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura revelou que a ausência de recursos estruturais, aspectos referentes ao trabalho multiprofissional e mau funcionamento das redes de atenção à saúde, com pouca resolutividade da atenção básica e ausência de um sistema de referência e contra-referência eficaz, acarretam a superlotação nas unidades de pronto atendimento. Em razão desses fatores, torna-se necessária a aplicação do ACR, que é o dispositivo mais utilizado dentre os oferecidos pela PNH, trazendo resultados satisfatórios com eficácia clínica, proporcionando um acolhimento humanizado.

Diante do exposto, o enfermeiro possui a total autonomia quanto à efetivação da PNH, através da responsabilidade de gerenciar, ordenar e direcionar o cuidado na urgência e emergência, tratando-se de um profissional capacitado para qualificar a assistência prestada em tais setores. Contudo, observa-se a necessidade de abordar o tema da humanização nos cursos de formação profissional de enfermagem, por possibilitar atuação do enfermeiro nas equipes profissionais, junto aos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1.Uchimura LYT et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde em Debate*. 2015;39: 972-983.
- 2.Fortes AFA, Soane AMNC. Atendimento recebido pelos familiares ao terem um ente querido assistido na sala de urgência e emergência hospitalar. *Enfermagem Brasil*. 2020;10(4): 225-235.
- 3.Silva MJE, Cezário TL. Utilização do protocolo de manchester na classificação de risco no centro obstétrico. 2019.
- 4.Marconato RS, Monteiro MI. Risk classification priorities in an emergency unit and outcomes of the service provided. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017;25.
- 5.Almeida PMV et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2016;20(2): 289-295.
- 6.Ferreira ML et al. Referência e contrarreferência na atenção à saúde das pessoas com amputação na visão do enfermeiro: uma perspectiva bioética. 2016.
- 7.Oliveira SN et al. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2015;24(1): 238-244.
- 8.Azevedo VGB et al. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar*. 2018;10(4): 112-124.
- 9.Cauduro FLF, De Macedo SMK. Avaliação do ambiente de trabalho entre profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência. *Enfermería Global*. 2018;17(2): 361-399.
- 10.Silveira CB, Costa LSP, Jorge MSB. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2018;(19): 61-70.
- 11.Freitas MAS, De Araújo MRN. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*.2018;8(3).
- 12.Araújo JHV et al. Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de educação tutorial. 2017.
- 13.Skora Antunes BC et al. REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: PERFIL, DEMANDA E ITINERÁRIO DE ATENDIMENTO DE IDOSOS. *Cogitare Enfermagem*. 2018;23(2).
- 14.O'dwyer G et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Revista de Saúde Pública*.2017;51:125.
- 15.Konder MT, O'dwyer, G. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.2015;25: 525-545.
- 16.Martins V. Cidade e Políticas Públicas: A Questão da Saúde Pública. *Revista Interdisciplinar de Direito*.2020;17(2): 185-217.
- 17.Silva JS, Espírito Santo E, Oliveira TA. Distribuição das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), na região nordeste do Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento*.2017;11(9): 123-142.
- 18.Brasil. Portaria N°10 de 03 janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 03 jan. 2017.
- 19.Santos ETS, Freitas AAS, Lima ODM. ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: FRENTE A SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE URGÊNCIA. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT*.2018;5(1): 187.
- 20.Fernandes VC, Sousa CL. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Journal of Management & Primary Health Care*. 2020;12(1): 1-17.
- 21.Geovanini T et al. História da enfermagem: versões e interpretações. *Thieme Revinter Publicações LTDA*, 2018.
- 22.Padilha MI et al. *Enfermagem: história de uma profissão*. Difusão Editora. 2018.
- 23.Lopes MTSR, Labegalini CMG, Baldissera VDA. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica [Educating to humanize: the transformer role of permanent education in the primary care humanization][Educar para humanizar: el papel transformador de la educación permanente en la humanización de la atención primaria]. *Revista Enfermagem UERJ*. 2017;25: 26278.
- 24.Reis-Borges GC, Nascimento EM, Borges DM. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. *Distúrbios da Comunicação*. 2018;30(1): 194-200.
- 25.Menezes AA, Escóssia L. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2018;30(3): 322-329.

- 26.Nilson LG et al. ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA. *Revista de APS*. 2018;21(1).
- 27.Moreira MADM et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20: 3231-3242.
- 28.Moraes AMM et al. Importância da assistência de enfermagem humanizada. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health* ISSN. 2017;2178: 2091.
- 29.Alves Roncalli A et al. PROTOCOLO DE MANCHESTER E POPULAÇÃO USUÁRIA NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VISÃO DO ENFERMEIRO. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2017;31(2).
- 30.Moimaz SAS et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21: 3879-3887.
- 31.Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23: 1437-1450.
- 32.Hermida PMV et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2018;52: 03318-03318.
- 33.Neto OC et al. The Nurse's Acting in the Welfare and Risk Classification System in Health Services. *Journal of Health Sciences*. 2018;20(4): 295-302.
- 34.Tostes PCR et al. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA): UMA ABORDAGEM EDUCATIVA. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2017;10(1).
- 35.Oliveira JLC et al. User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2017;26(1).
- 36.Santos JLG et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016;37(1).
- 37.Oliveira JL et al. < b> Atuação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco: um estudo de metassíntese/Nurse's practice in Welcoming with Risk Classification: a meta-synthesis study. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2016;15(2): 374-382.
- 38.Santos JLG et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016;37(1).
- 39.Silva AMSM, Invenção AS. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. *UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2018;15(39): 5-13.
- 40.Siqueira AJ, Carvalho MFA. ENFERMEIRO: ATENDIMENTO HUMANIZADO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. 2019.
- 41.Sousa KHJF et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019;40.
- 42.Soares ACL, Brasileiro M; De Souza DG. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*. 2018;8(22): 22-33.