

# *PROTÓCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO UTILIZADOS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) 24 HORAS: UMA QUESTÃO DE HUMANIZAÇÃO.*

## PROTOCOLS OF CLASSIFICATION OF RISK USED IN CALL READY UNITS (PSUS) 24 HOURS: A MATTER OF HUMANIZATION

**Gaby Pedrosa Machado Novaes**

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Unirg- Fundação Unirg

**Priscilla Alves do Nascimento**

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Unirg- Fundação Unirg

**Silvia Helena Rocha Amaral**

Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde Pública

### **RESUMO**

Este estudo discute a temática da Humanização nos Protocolos de Classificação de Risco. Sabendo que o Humaniza SUS ganhou força instituída pela Política Nacional de Humanização em 2003, no qual passou a declarar humanização como Política Pública que transforma as diversas ações e gestões do SUS. Essa proposta de Humanização reforça o Acolhimento como uma maneira de operar os métodos de trabalho, para atender todos os usuários dos serviços de saúde. A PNH propõe que o Acolhimento com Classificação de Risco seja para avaliar o usuário logo na sua chegada ao serviço de atendimento humanizado, diminuir o tempo de espera para o atendimento, descongestionar as Unidades de Pronto-Socorro, determinar o local de atendimento primário, devendo o usuário ser encaminhado às especialidades de acordo com o protocolo. No Brasil são utilizados dois modelos para realização da Triagem com Classificação de Risco, sendo um do Ministério da Saúde do projeto Humaniza SUS (Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco) e o Inglês (Manchester). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, a partir da análise de conteúdo e revisão da literatura científica publicada em língua portuguesa com publicações entre os anos de 2002 a 2016. Serviu para demonstrar a criação dos Protocolos de Classificação de Risco através de uma política já adotada. Teve por objetivo demonstrar a existência de humanização dentro dos Protocolos de Classificação de Risco nas UPAS 24 horas.

**Palavras-chave:** Urgência e Emergência, UPA 24 HORAS, Classificação de Risco, Humanização.

### **ABSTRACTS**

This study discusses the theme of Humanization in the Risk Rating protocols. Knowing that humanizes SUS gained momentum established by the National Humanization Policy in 2003, which went on to declare humanization Public Policy that transforms the various actions and efforts of SUS. This proposal reinforces the Humanization Home as a way to operate the working methods, to suit all users of health services. PNH proposes that the Welcoming with Risk Rating is to evaluate the user immediately upon your arrival to the humane care service, reduce waiting time for care, decongest the emergency room units, determine the location of primary care and should the user is forwarded to the specialties according to the protocol. In Brazil there are two models used to perform the screening with Risk Rating, and a Ministry of Health project Humaniza SUS (Home with Risk Assessment and Classification) and English (Manchester). This is a

bibliographic research with a qualitative approach, based on the content analysis and review of the scientific literature published in Portuguese publications between the years 2002 to 2016. It served to demonstrate the creation of Risk Rating protocols through a policy already adopted. We aimed to demonstrate the existence of humanization within the Risk Rating protocols in UPAS 24 hours.

**Keywords:** Emergency Department, UPA 24 hours, Risk Rating. Humanization.

## INTRODUÇÃO

A assistência a Saúde no âmbito de Urgência e Emergência tem sido um importante instrumento para a melhoria da Saúde no Brasil. A portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002, considera o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência, disponibilizados para o atendimento da população.

Essa portaria foi criada com três objetivos básicos: introduzir a abertura das UPAS 24 horas, regulamentar o Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU 192) e a Central de regulação Médica do país.

A Portaria nº 1.600, de 7 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) destacando a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção, prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento, tratamento e a recuperação, por isso foi instituída um importante componente para intensificar os fatores mencionados acima.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS 24 horas) proposta lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, faz parte da Política Nacional de Urgência e Emergência que tem por objetivo reduzir as filas de espera nos Prontos Socorros dos hospitais, assim evitando que os atendimentos realizados nas UPAS ou UBSS sejam direcionados para as Unidades Hospitalares, dessa forma melhorando a atenção as Urgências.

Conforme previsto na Portaria 1601, de 7 de julho de 2011 cria-se as UPAS 24 horas na intenção de flexibilizar o atendimento aos usuários e diminuir o fluxo nas portas de entrada da alta complexidade

Segundo a Portaria 342 de 4 de Março de 2013 algumas das competências das UPAS 24 horas são: acolher os pacientes e os familiares todas as vezes que precisarem de atendimento, prestar atendimento qualificado e resolutivo aos usuários com quadros clínicos agudos, priorizar os atendimentos traumáticos e cirúrgicos e realizar consulta médica de menor gravidade.

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003, com o intuito de produzir mudanças no modo de gerir e cuidar. Essa política estimula a relação dos profissionais de Saúde no direcionamento de estratégias e métodos de articulações de ações para garantir uma atenção integral, efetiva e humanizada.

Segundo Brasil (2003) a PNH foi criada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão qualificando a Saúde Pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

As atividades de triagem tiveram início nas guerras Napoleônicas (1799- 1815), na qual os guerrilheiros Franceses separam os feridos que precisavam de atendimento mais urgente. Florence Nightingale foi a pioneira na criação dos cuidados de Enfermagem, teve um importante papel na criação do processo de triagem durante a Guerra da Criméia no ano de 1854.

Considerando que o Serviço de Urgência e Emergência é muito abrangente no Brasil, destaque-se com maior relevância a criação do Protocolo de Classificação de Risco que foi criado com a intenção de desenvolver da melhor maneira uma organização no fluxo de atendimento e reduzir o tempo de espera dos usuários.

Conforme o Ministério da Saúde essa proposta nasceu do projeto Humaniza SUS no ano 2003 com a intenção de melhorar os serviços de atendimento nas Unidades de Saúde, definida como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, descreve a Cartilha da PNH Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

O objetivo principal da Classificação de Risco é realizar a identificação dos pacientes que precisam ser avaliados com prioridade e aqueles que têm condições de aguardar por atendimento com segurança, sendo fundamental nas Unidades que apresentam superlotação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem identificado um grande problema nos serviços de Urgência e Emergência, devido à superlotação das UPAS (Unidade de Pronto Atendimento 24 horas) e PS (Pronto Socorro), enquanto a maioria dos casos de baixa gravidade deveria ser tratada nas UBSS (Unidade Básica de Saúde).

De acordo com a Cartilha Entendendo o SUS (2006, 4p) o sistema foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde.

Os modelos de Protocolos de Classificação de Risco mais utilizados no mundo são: Modelo Australiano (ATS); Modelo Canadense (CTAS); Modelo de Manchester (MTS); Modelo Americano (ESI); Modelo Andorra (MAT). De maneira, tem sido recomendado o uso de protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentar mais confiabilidade, fidelidade e validade na avaliação das condições clínicas do paciente.

O campo de Emergência deve ser pensado através de um grau de complexidade melhorando os recursos tecnológicos e a força de trabalho dos profissionais e suas equipes, atendendo ao paciente conforme sua necessidade específica. O Protocolo Brasileiro de Classificação de Risco é dividido em quatro discriminadores diferentes como requisitos para os atendimentos sendo eles: Área Vermelha, Área, Amarela, Área Verde, Área Azul.

O Protocolo de Classificação de Risco de Manchester foi criado na Inglaterra na cidade de Manchester em 1994 e através do grupo Português de Triagem no ano de 2002 teve sua edição traduzida para o Português sendo ligeiramente implantada em vários países em poucos anos. O Grupo Português de Triagem (GPT) foi um grande parceiro, eles que ministraram os primeiros cursos no Brasil, em 2007 e 2008. O método foi desenvolvido com o propósito de estabelecer um acordo entre enfermeiros e médicos para padronizar os atendimentos de Urgência e Emergência na Classificação de Risco.

O método de Triagem com Classificação de Risco é utilizado para separar pacientes por ordem, conforme sua gravidade. A Triagem estruturada ou Protocolo de Classificação de Risco permite a reprodução da classificação dos pacientes, baseando em diferentes níveis de Urgência e de prioridade para assistência somando com a estruturação física e a organização dos profissionais e a tecnologia adequada.

A Enfermagem se desenvolveu através dos anos, conservando uma relação com a história da sociedade. Tem um importante papel por ser uma profissão que procura gerar o bem-estar do paciente como um todo, considerando sua dignidade e liberdade, atuando na prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades, na promoção à saúde e no processo de morrer. Os profissionais de Enfermagem possuem conhecimentos científicos e habilidades específicas para definir a prioridade de atendimento, coordenar o fluxo e a demanda dos usuários nos Serviços de Urgência, colaborando para a redução da morbidade/mortalidade.

A readequação das áreas físicas é composta por planos de atendimento, sendo de grande relevância que tenha fluxos de fácil atendimento, com sinalização e informações. Os pacientes que procuram atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento deverão ser direcionados a Central de Acolhimento que tem o intuito de organizar a transição de pessoas por meio de uma identificação das demandas do usuário, determinar os locais de atendimento primário, acolher os usuários e familiares e informá-los a respeito do processo de atendimento, motivo de espera e tempo.

Esta pesquisa teve por objetivo realizar uma análise, através de revisões bibliográficas a respeito dos protocolos de Classificação de Risco implantados nas UPAS 24 horas e mostrar de forma qualitativa a existência da humanização dentro desses protocolos, bem como a maneira que os pacientes estão sendo acolhidos apresentando a importância do Acolhimento baseado no projeto Humaniza SUS.

## História da criação das UPAS

A Unidade de Pronto Atendimento 24 horas foi uma proposta lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, faz parte da Política Nacional de Urgência e Caderno Saúde e Desenvolvimento| vol.9 n.5 | julho/dez - 2016

Emergência que organiza e estruturam os atendimentos prioritários no país, com a finalidade de melhorar a atenção nos serviços, reduzir as filas nos Prontos-Socorros dos Hospitais, evitando que os atendimentos que possam ser realizados nas UPAS, ou UBS, sejam direcionados para as unidades hospitalares (PAC, 2016).

Os critérios para implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) nos municípios são: ter população igual ou maior que 50.000 habitantes, cobertura de 50% da população por serviços de atenção primária, adesão ao Pacto pela Saúde ou em desenvolvimento de adesão e ter o serviço do SAMU 192 (BRASIL, 2011).

Essas Unidades realizam atendimento sete dias por semana e durante 24 horas, podendo resolver grande parte dos atendimentos de média complexidade. As UPAS atendem a casos de saúde que necessitam de atendimento médico intermediário como problemas de febre alta, fraturas, pressão, infartos, cortes, evitando que estes usuários sejam sempre encaminhados aos PS dos hospitais. As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas trabalham de forma interligada com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ao ligar para o serviço de atendimento 192, o cidadão tem acesso a uma central de regulação com atendentes que oferecem orientações de primeiros socorros, além de orientar os devidos cuidados a cada situação. Em vários casos, o SAMU presta os primeiros socorros e encaminha o paciente a uma Unidade de Pronto Atendimento. Essa integração facilita os atendimentos fazendo com que as equipes do SAMU identifiquem de fato qual a necessidade do paciente e o encaminhe para o serviço de atendimento mais adequado (BRASIL, 2011).

A Portaria 1.601 MG/MS de 7 de Julho de 2011, estabelece além de diretrizes para a implantação do componente UPA, requisitos para que a sua implantação seja autorizada de acordo com a necessidade da população. Sendo reformulada pela Portaria GM/MS 2648 em 2011, ao redefinir as diretrizes para a implantação das UPAS, reforçando como competência do gestor a atuação dessas unidades em concordância com o Acolhimento e Classificação de Risco (SAISSU 2013, 17p).

As UPAS são classificadas em três diferentes portes, dependendo da densidade populacional do Município sede, são designados proporcionalmente a capacidade física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (SAISSU, 2013, 18p).

Segundo PAC (2016) são três portes de UPA:

- UPA Porte I: tem no mínimo 7 leitos de observação. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.
- UPA Porte II: tem no mínimo 11 leitos de observação. Capacidade de atender até 250 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.
- UPA Porte III: tem no mínimo 15 leitos de observação. Capacidade de atender até 350 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Para que sejam construídas e financiadas as UPAS, os Estados e Municípios devem elaborar um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências que deverá ser encaminhado para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), onde será analisado e avaliado utilizando o Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo (BRASIL, 2011). Este Plano deve ser entregue ao Conselho de Saúde do Município- sede da UPA 24 h para ser analisado, aprovado e pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Ao ser aprovado pelo MS, criado se uma portaria específica de habilitação (BRASIL, 2011).

O incentivo financeiro de investimento das UPAS e o conjunto de serviços de Urgência 24 horas é estabelecido através da Portaria nº 1.171, de 5 de Junho de 2012, na qual destina a construção de novas UPAS 24 horas – UPA Nova - ou a ampliação dos serviços de Urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências para fins de se transformarem em UPA 24 horas - UPA Ampliada (BRASIL, 2012).

A portaria 1601, de 7 de Julho de 2011 no 2º parágrafo do artigo 1º diz que as UPAS 24 horas deverão ser implantadas em lugares estratégicos em conformidade com as redes de atenção às Urgências, de acordo com a lógica da ACCR. É necessário que haja áreas apropriadas para acolher cada paciente de acordo com a sua gravidade.

Brasil (2004, 24p) diz ainda:

**Área Vermelha** – Área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das Urgências e Emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas:

**Área Amarela**– Área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.

**Verde**– área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

**Área Azul**– Campo destinado ao acolhimento de consultas de baixa e média complexidade.

- Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada.
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, seguindo-se os conceitos de ambiência.
- Consultório de enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais Urgências: Monitor e eletrocardiógrafo, Oxímetro de pulso, Glucosímetro, Ambú Adulto e Infantil, Material de Intubação Adulto e Infantil, Material de punção venosa, Drogas e soluções de Emergência e Prancha longa e colar cervical
- Consultórios médicos
- Serviço Social
- Sala de administração de medicamentos e inaloterapia
- Consultórios para avaliação de especialidades.

## Competências das UPAS 24 HORAS

Segundo a Portaria 342 de 4 de Março de 2013 diz que as competências das UPAS são acolher os pacientes e seus familiares todas as vezes que precisarem de atendimento nas UPAS 24Horas, prestar atendimento qualificado e resolutivo aos usuários com quadros clínicos agudos, priorizar os atendimentos traumáticos e cirúrgicos, estabilizando os doentes e realizando a hipótese diagnóstica inicial, de modo a determinar se há necessidade ou não de encaminhamento a serviços de atendimento de alta complexidade, fornece suporte aos atendimentos de Urgência da Atenção Básica à Saúde, servir como local de estabilização aos pacientes atendidos pelo SAMU 192, realizar consulta médica aos casos de menor gravidade, realizar atendimentos e procedimentos de enfermagem e médicos adequados a demanda da unidade, prestar apoio terapêutico e diagnóstico nas vinte quatro horas do dia e em todos os dias da semana, nos pontos facultativos e feriados, manter os usuários em observação por um prazo de vinte quatro horas para esclarecimento de um possível diagnóstico e estabilizar o paciente, realizar encaminhamento dos usuários que não tiveram suas queixas resolvidas depois das vinte quatro horas para internação hospitalar, solicitar o serviço técnico do SAMU 192 sempre

que os casos de gravidade ou casos de complexidade exceder a capacidade de atendimento da unidade (BRASIL, 2013).

A portaria 104 de 15 de janeiro de 2014 altera o 2º parágrafo do artigo 7 e redefine essa competência para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) diz que (BRASIL, 2014):

Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região.

### **Humaniza SUS/ política nacional de humanização**

Segundo a portaria 8080/90 do Ministério da Saúde que regulamenta o SUS, estabelece condições para promover, proteger e recuperar a saúde dos usuários, do mesmo modo organizar o funcionamento dos serviços (BRASIL,1990).

Segundo a mesma no art. 2º a Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Brasil (2004) diz que o projeto Humaniza SUS é uma proposta para ajudar a enfrentar os desafios do SUS no que ele atribui nas mudanças no modo da atenção e da gestão:

O Humaniza SUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do Humaniza SUS. Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de Saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a dissociabilidade entre atenção e gestão.

Além da Política Nacional de Humanização, em junho de 2004, foi criado o Programa QualiSUS tendo como estratégia trazer mais qualidade na atenção à Saúde no SUS. Esse programa foi gerado pelo Ministério de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde a partir de investigações, nominada como: “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”, nela foram investigados os níveis de satisfação e conhecimento e os posicionamentos da população perante essas ações referentes ao atendimento à saúde, no SUS. Entendeu-se que as principais queixas dos usuários estão relacionadas com tempo de espera para resolver os problemas de doença, a demora no atendimento de enfermagem e consulta médica, além da baixa qualidade na recepção dos serviços. Perante essa realidade, o programa QualiSUS trouxe como sugestão o aumento do nível de qualidade dos atendimentos tendo por consequência a elevação da satisfação do usuário. O paciente é considerado o centro do processo, e uma das metas do programa é melhorar a qualidade do atendimento e organizar o fluxo (GOMES, 2012, 26p).

Segundo o Ministério da Saúde em 2004, foi lançada a sugestão de Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgências e Emergências, que tem por objetivo organizar o fluxo e diminuir o tempo de espera dos usuários com Urgência médica (BRASIL 2004).

Sabendo que o Humaniza SUS ganhou força instituída pela Política Nacional de Humanização em 2003, no qual passou a declarar humanização como política pública que transforma as diversas ações e gestões do SUS. Como consequência da implantação dessa política, esperou-se a diminuição do tempo de espera e das filas, com crescimento do acesso e atendimento resolutivo e acolhedor com base em critérios de risco, além da relação com os demais níveis de assistência (SANTOS 2010, 30p).

A humanização na Saúde é entendida como filosofia, processo ou modo de prestar ajuda. Dentre tantos conceitos que existem, pode-se traduzir a humanização como uma forma de perceber, abordar, respeitar, compreender e cuidar o paciente em uma situação de vulnerabilidade. A atenção humanizada é um cuidado que se tem diante dos pequenos e grandes acontecimentos do dia a dia, que fazem os seres humanos se tornarem um ser especial e único nos diferentes espaços e situações que se encontram, e assim prestando um atendimento personalizado, não voltado somente para a doença, mas sim para o paciente. A importância com a humanização surgiu através da preocupação com a Saúde

da mulher e humanização nos partos decorrendo de uma reclamação dos movimentos sociais. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi lançado em 2000 pelo Governo Federal e o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência foi aprovado no ano de 2002. E em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH) passou o Humaniza SUS com o intuito de aprovar os princípios do Sistema Único de Saúde (SANTOS 2010, 32p).

### **Acolhimento com classificação de risco**

Brasil (2009, 21p.) diz que o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários.

Para Lima (2011) a definição de acolher é dar acolhida; hospedar; dar ouvidos a; receber; tomar em consideração; dar crédito a. Observa-se nesse conceito que existe uma proposta de mudança na maneira de recepcionar o paciente que chega a Unidade, entendendo mais suas necessidades, ouvindo suas dúvidas ou queixas e não somente ouvi-lo enquanto são realizadas outras atividades e muitas vezes responde-lo de forma mecânica.

O método de Acolhimento com Classificação de Risco dever ser um método que tenha continuidade dinâmica e resolutiva. A Classificação de Risco é vista como uma estratégia de gestão dos serviços de Urgência. É um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (LOPES, BARBOSA, CAHET, 2013, 5p).

Portanto deve-se definir o modelo a ser implantado pela unidade favorecendo o processo e sendo assim reforçando a estratégia aplicada.

Abbês e Massaro (2004, 49p) a determinação e a agilidade no atendimento são realizadas através da análise de acordo com o protocolo pre-estabelecido, que verifica o grau de necessidade do paciente, proporcionando atenção centrada no nível de

complexidade. Dessa forma desempenha uma avaliação e uma classificação da necessidade do usuário.

Brasil (2002) define Classificação de Risco como:

Ferramenta tecno-assistencial, realizada por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré estabelecidos que tem por objetivo avaliar o grau de Urgências das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

Brasil (2004, 20p) define esse método de Classificação como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à Saúde ou grau de sofrimento.

Classificação de Risco ou triagem é uma ferramenta de uso clínico de risco, aplicado no serviço de Urgência em vários lugares do mundo, para elaborar a construção do fluxo de usuários quando a necessidade clínica ultrapassa a oferta. Esse método pretende garantir a atenção médica conforme a necessidade de cada paciente. Nos serviços de Urgências as primeiras triagens eram mais intuitivas do que metodológicas e não eram, portanto, nem contestada entre os profissionais (FONSECA *etal.*2011, 78p).

Em 1993, no Brasil já havia sido aplicado, inicialmente, o plano de Classificação de Risco independentemente do método de acolhimento para realização da triagem. A ligação do acolhimento com a Classificação de Risco foi efetivada quando, percebeu-se que o acolhimento transforma o método de trabalho diferenciando a necessidade de cada paciente e, dessa forma permite classificá-lo de acordo com suas necessidades (ANZILIERO, 2011).

Segundo Brasil (2004), o ato de acolher tem como intenção, solucionar os problemas de saúde dos pacientes que procuram uma unidade básica de Saúde, presume que todas as pessoas que chegam a unidade por demanda espontânea, necessitam ser acolhidas por um profissional da equipe técnica. O profissional deve ouvir a queixa, as expectativas e os medos; descobrir vulnerabilidade e riscos, reconhecendo também a avaliação do próprio usuário; e comprometer-se a dar uma resposta certa ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos pacientes com a lista de ofertas do serviço, e fornecendo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não solucionada.

A Política Nacional de Humanização reforça o acolhimento como uma maneira de operar os métodos de trabalho na Saúde, para atender todos os usuários dos serviços de Saúde. De acordo com a tradição, a política de acolhimento no campo da Saúde refere-se como um trabalho fragmentado, uma maneira rotineira e simples de “recepção”, um estilo voluntarista, de favor e de bondade por alguns profissionais (BRASIL, 2004).

A estratégia de implantação do sistema de Acolhimento com Classificação de Risco permitiu a abertura dos processos de reflexão e o aprendizado institucional, desse modo à reestruturação das atividades assistenciais e a construção de valores e novos sentidos, avançando em ações humanizadas, pois basicamente é uma tarefa cooperativa e coletiva. Permite o aumento da resolutividade ao agregar critérios de avaliação de riscos, levando em consideração toda a complexidade dos elementos saúde/doença, o grau de sofrimento dos pacientes e seus familiares, e reduzindo o tempo de espera, o número de mortes evitáveis, complicações, sequelas e internações (BRASIL, 2002).

Brasil (2004, 5p) define Acolhimento:

Uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da Saúde. O Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Enfim, o Acolhimento com Classificação de Risco não se restringe em apenas na classificação pelas cores, mas também ouvindo e dando atenção ao usuário, aos acompanhantes e familiares enquanto esperam por atendimento, dando informação quanto o tempo de espera e expectativa do atendimento (BRASIL, 2004).

### **Partes críticas do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco**

Atualmente o Ministério da Saúde recomenda a padronização do método de Acolhimento com Classificação de Risco em todo o Brasil. É contraditória a uniformização

onde o sistema ainda é deficiente e a informação ao paciente e funcionários que fazem parte do serviço público de Saúde é falho. Ainda hoje várias unidades pré-hospitalares realizam o acolhimento com classificação de risco, no entanto os pacientes que são os verdadeiros interessados, não sabem o objetivo do ACR. A necessidade de inserir um sistema que reduzisse a demanda e priorizasse o nível de risco do usuário foi introduzido no Brasil, mas ainda falta educação e informatização para que esse método seja realizado com eficácia (PINTO *etal.*2014, 6p).

De acordo com Nascimento *etal.* (2011, 601p) “O método de Acolhimento exige que o próprio não seja um ato isolado, mas um dispositivo de ativação nas redes internas, externas, que envolva as equipes multidisciplinares e que estejam comprometidas com as respostas às necessidades dos pacientes”. O autor constata que todas as equipes como as de farmácia, laboratório de análises e de radiologia precisa ter o mesmo compromisso com a Classificação de Risco, assim, analisou-se que no processo de trabalho não há uma integração entre os diversos serviços apresentados para resolver as necessidades de Saúde do paciente ao menor tempo possível.

Por falta de atendimento médico, mulher que sentia fortes dores no peito, morre em frente UPA. Após passar pela triagem, realizada pelo enfermeiro da unidade, ocorreu uma falha por parte do profissional a paciente que deveria ser atendida imediatamente esperou aproximadamente 4 horas e não resistiu. O enfermeiro da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) Fazendinha, em Curitiba foi afastado do cargo e indiciado por omissão de socorro (G1 PARANA,2015).

Pinto *etal.*(2014, 7p) diz que:

“O usuário que sofre de algum mal, quando procura o Serviço de Emergência, quer encontrar profissionais que lhe atendam rapidamente, e espera desses, resolutividade ao seu problema, independente de quão grave lhe pareça os sintomas.” O maior desafio é fazer a população entender que por ser um serviço de Urgência e Emergência o atendimento não é por ordem de chegada, mas por prioridade, com um atendimento mais rápido para o usuário com a situação de Saúde mais grave. Nos últimos anos os serviços de Saúde vêm sofrendo problemas relacionados ao atendimento em Urgência e Emergência. O problema maior é a quantidade de pessoas que querem ser atendidas sem nenhum critério, se não a ordem de chegada, que não é um fator determinante e não leva em consideração a gravidade dos casos subsequentes. É evidente que cada dia mais e mais, as pessoas procuram o Serviço de Emergência buscando um atendimento eficaz, provocando então uma sobrecarga nos hospitais de Emergência tornam

insuficientes à mão de obra, o espaço físico e os materiais disponíveis. Tendo enfim a necessidade de ampliação do ACR nos serviços de Emergência.

Entretanto, a falta de profissionais qualificados e que tenham conhecimento a respeito da finalidade e do funcionamento das esferas de Triage e Acolhimento é uma das maiores dificuldades encontradas, para que tenha um melhor andamento nos setores de Urgência/Emergência e na triagem ou classificação dos pacientes (LOPES, BARBOSA, CAHET, 2013, 4p).

### **Modelos de protocolos de classificação de risco**

Nos dias de hoje, tem sido aconselhado o uso de protocolos para conquista de maior fidedignidade, confiabilidade e validade na avaliação e no método de classificação da situação real do paciente. Os protocolos são caracterizados como recursos e estão disponíveis para serem utilizados como padronização de procedimentos para a execução de uma tarefa (GONÇALVES 2012, 25p).

Souza *etal.*(2011, 2p) diz que de maneira geral, tem sido recomendado o uso de protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentar mais confiabilidade, fidelidade e validade na avaliação das condições clínicas do paciente. Nos sistemas de triagem existem grandes variações; alguns modelos utilizam dois níveis de gravidade já outros até cinco, sendo os sistemas com cinco níveis de gravidade os mais aceitos na atualidade. Na realidade existem cinco Sistemas de Classificação de Risco mais avançados e que passaram a ter uma visão sistêmica, e que são usados por uma rede de serviços:

Junior, Torres, Rausch (2014, 3p) referência os modelos de Protocolos como:

- Modelo Australiano (*Australasian Triage Scale - ATS*) - Foi o pioneiro e usa tempos de espera de acordo com gravidade;
- Modelo Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale - CTAS*) - Muito semelhante ao modelo australiano, é muito mais complexo e está em uso em grande parte do sistema canadense. O mecanismo de entrada é uma situação pré-definida;

- Modelo de Manchester (*Manchester Triage System - MTS*) - Trabalha com algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores. Está sistematizado em vários países da Europa. O mecanismo de entrada é uma queixa ou situação de apresentação do paciente;
- Modelo Americano (*Emergency Severity Index - ESI*) - Trabalha com um único algoritmo que foca mais na necessidade de recursos para o atendimento. Não é usado em todo o país;
- Modelo de Andorra (*Model Andorrà del Triage - MAT*) - Baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas, é de uso complexo e demorado (tempo médio de 8 minutos).

### **Protocolo brasileiro de classificação de risco**

Para a implantação do sistema de Classificação de Risco, o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde propõe que sejam readequados os espaços físicos da unidade.

Segundo Brasil (2004, 23p) o campo de Emergência, deve ser pensado também por grau de complexidade, dessa maneira melhorando os recursos tecnológicos e a força de trabalho dos profissionais e suas equipes, atendendo ao paciente conforme sua necessidade específica.

Os requisitos para atendimento dos pacientes encaminhados para Sala Vermelha como prioridade I seguem um protocolo onde alguns casos devem receber atendimento prioritário como: Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas - ECG < 12, trauma Cranioencefálico grave - ECG<12, desconforto respiratório grave, dor no peito associada à falta de ar e cianose, perfurações no peito, abdome e cabeça, tentativas de suicídio, crises convulsivas (inclusive pós-crise), parada cardiorrespiratória, anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória, perda de consciência, infecções graves, óbitos no local da ocorrência. Para Sala Amarela são: Cefaleia intensa de início súbito, trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15), dor torácica intensa, crise asmática, desmaios, febre alta (39/40° C), imunodeprimidos com febre. Sala Verde: Idade superior a 60 anos, pacientes escoltados, gestantes com complicações na gravidez, asma fora de crise, enxaqueca, dor de ouvido moderada à grave, vômitos e diarreia sem sinais de desidratação. Sala Azul: Queixas crônicas sem alterações agudas, procedimentos como:

curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos (BRASIL 2004,28p).

### Sistema manchester de classificação de risco

Segundo Júnior (2012), o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester foi criado na Inglaterra na cidade de Manchester em 1994, e através do grupo português de triagem no ano de 2002 teve sua edição traduzida para o português sendo ligeiramente implantada em vários países em poucos anos.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais no ano de 2006 iniciou um debate a respeito dos modelos de Classificação de Risco, usados no Brasil e em todo o mundo nas Unidades de Urgência, sob a coordenação do Dr. Eugenio Villaça Mendes que apresentava como princípio a padronização de um sistema único de Classificação de Risco adequado em todos os pontos da atenção e era essencial como técnica no método de integração de uma organização de atenção as Urgências. Logo após os estudos e análise tecnológica do procedimento apresentado no livro do Sistema de Classificação de Risco Manchester, na versão inglesa (segunda edição), concluímos que era uma solução que correspondia a todas as nossas expectativas. O Grupo Português de Triagem (GPT) foi um grande parceiro, eles que ministraram os primeiros cursos no Brasil, em 2007 e 2008. Logo após começaram os processos de implantação nos serviços de Urgência e Emergência do estado de Minas Gerais. Dessa forma o GBCR tem como objetivo garantir que o Sistema de Classificação de Risco Manchester siga o modelo internacional, sendo assim com formação homogenia das pessoas e na norma de auditoria (GRUPO BRASILEIRO DE CLASIFICAÇÃO DE RISCO, 2013).

O método foi desenvolvido com o propósito de estabelecer um acordo entre enfermeiros e médicos para padronizar os atendimentos de Urgência e Emergência na Classificação de Risco. Dessa forma surgiu um estudo que identificou a diferença entre nomenclaturas e definições, constatou-se a necessidade de criar um processo padrão, que integrasse um método sólido e com capacitações constantes. Assim, foram estabelecidos parâmetros baseados na necessidade de cada usuário, gerando um nome, um número, um tempo alvo e uma cor para a primeira avaliação médica. Desse modo, criou-se um modelo

único de triagem, capaz de auxiliar a gestão de atendimento a partir de discriminadores chave e de algoritmos. Assim que chega à unidade, o paciente é avaliado de acordo com os sintomas, sinais vitais, queixas entre outros fatores, sendo, assim, identificado com pulseiras de cores equivalentes ao grau de risco de seu atendimento (TOLIFE, 2015).

O método de Manchester segue um protocolo, em que a queixa do usuário leva a um fluxograma que apresenta vários discriminadores; e as respostas afirmativas ou negativas a estes discriminadores conduzem a uma preferência clínica determinada por cores, na qual classificam a gravidade e tempo máximo que o usuário pode aguardar por atendimento. Assim esse tempo pode mudar de imediato que equivale a cor vermelha até a espera de aproximadamente 240 minutos na cor azul (FRANCISCO; LIMA, 2014).

Com a implantação do Protocolo de Manchester, os pacientes também são beneficiados, pois submetidos a esta metodologia de Classificação de Risco, eles estão assegurados que não correrão risco de morte e, além disso, ele terá uma previsão média do tempo que levará para obter atendimento, diminuindo a expectativa. Além disso, o uso do Protocolo Manchester é a garantia de oferta de um serviço homogêneo, tendo em vista que, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de Saúde terá a mesma padronização no atendimento (PASSE VIP, 2014).

### **O papel do enfermeiro na classificação de risco**

A enfermagem se desenvolveu através dos anos, conservando uma relação com a história da sociedade. Neste contexto, ela tem um importante papel por ser uma profissão que procura gerar o bem-estar do paciente como um todo, considerando sua dignidade e liberdade, atuando na prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades, na promoção à Saúde e no processo de morrer (MOURA *et al.* 2014, 11p).

Os profissionais de enfermagem possuem conhecimentos científicos e habilidades específicas para definir a prioridade de atendimento, coordenar o fluxo e a demanda dos usuários nos serviços de Urgência, colaborando para a redução da morbidade/mortalidade (LOPES, BARBOSA, CAHET, 2013, 2p).

A atuação eficaz e eficiente do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) oferece a outros profissionais um local de trabalho com menos pressão e acalma aos usuários, por se priorizar atendimentos através de conhecimentos científicos, além de assegurar a todos um atendimento com atenção humanizada que procede da própria história da enfermagem (OLIVEIRA, 2016).

O COFEN (2012) afirma que:

Segundo a resolução COFEN (2009), 423/2012 1º parágrafo diz, que no Art. 1º no âmbito da equipe de enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da Assistência em Serviços de Urgência e Emergência é privativa do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. No entanto, esta resolução prevê que o profissional enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam o rigor técnico-científico ao procedimento.

Diante do rege a classe, os enfermeiros têm facilidade de inserir as práticas de humanização e de atenção nos Serviços de Emergência. É imprescindível que este movimento se conserve, tanto pelo enfermeiro, como por todos da equipe multiprofissional. Dessa forma espera-se que a ação de humanizar não seja algo mecânico, mas sensibilizado (VERSIANI, 2012).

Para triar os pacientes, o Enfermeiro precisará considerar a apresentação imediata da doença, sinais de alerta, resposta emocional, sinais vitais, saturação de O<sub>2</sub>, situação/queixa, escala de dor, Glicemia, escala de Coma de Glasgow, Escala de Queimados (Regra dos 9); estes dados serão registrados, carimbados e assinados pelo profissional (PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS USUÁRIOS NA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 2013, 6p).

É fundamental que os profissionais de enfermagem que atuam na Classificação de Risco tomem decisões corretas para identificar e diferenciar os pacientes que precisam de atendimento médico de Urgência daqueles que podem aguardar, sendo um importante influenciador nos Serviços de Urgência e Emergência. O enfermeiro precisa estar capacitado para classificar e se necessário reclassificar a prioridade dos atendimentos dos pacientes enquanto esperam. Por isso os critérios de avaliação dos profissionais de enfermagem devem ser clínico, pois requer planejamento e reavaliações dos pacientes. O

enfermeiro deve ter conhecimento das condições clínicas e psicossociais da população, em função da variedade de problemas que existem no contexto do Serviço de Urgência e Emergência. O enfermeiro precisa ter informação sobre o perfil epidemiológico dos pacientes que procuram por atendimento nos Serviços de Urgência, assim como patologia e fisiologia das alterações mais comuns para se manter uma prioridade mais adequada. Deste modo o enfermeiro classificador por muitas vezes é o primeiro profissional de saúde que os familiares vêem quando chegam precisando de atendimento. Portanto, é necessário ser comunicativo para ajudar as famílias em um momento de fragilidade e até pra os orientar quanto ao tipo de atendimento e tempo provável de espera. Esse profissional precisa estar disposto ao diálogo, entender as necessidades do usuário, assim o enfermeiro estabelece uma boa relação com indivíduo, diminuindo muitas vezes a agressividade, impaciência ou ansiedade que possam surgir durante o atendimento (LOPES, BARBOSA, CAHET, 2013, 3p).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma estratégia do Ministério da Saúde recente no Brasil e vem sendo descrita com o passar dos anos como sendo um método eficaz na organização dos atendimentos. Dessa forma é importante ressaltar que os atendimentos nas Unidades de Urgência e Emergência continuem sendo realizadas de acordo com o método proposto pelo MS.

A humanização é uma necessidade em todos os níveis da Saúde seja ela no âmbito hospitalar ou na atenção primária, e tem por objetivo ver o paciente como um todo, respeitando seus direitos e autonomias. Dessa forma o que se observa é a contradição dessa estruturação através do descaso, do mecanismo em ações dos profissionais e autoritarismo. Sabemos que essa realidade não mudará imediatamente, pois muito se tem a fazer diante desse quadro, para que a humanização seja integrada, primeiramente é necessária que haja uma relação embasada no respeito ao próximo, ética, confiabilidade,

competência, uma equipe qualificada e o acolhimento dos usuários por todos os funcionários da unidade de Saúde desde as portas de entrada até o atendimento médico.

Do mesmo modo, é essencial que os serviços de saúde ofereçam aos seus funcionários oportunidades de capacitações constantes que permitam a ele adquirir as habilidades e competências necessárias, além de permitir a troca de experiências vivenciadas pelos profissionais que atuam regulando a porta de entrada de um serviço de urgência, e convivem a todo momento com a dor e sofrimento do outro, com as dificuldades gerenciais da superlotação do serviço, e com o aporte insuficiente ou pouco estruturado e articulado da rede de apoio.

Sendo assim, a escuta é o princípio, e a disposição para escutar é o requisito para começar uma relação acolhedora com o paciente, pois só assim poderemos garantir um processo de classificação de risco humanizado e um maior acesso aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central que é uma assistência qualificada ao usuário do SUS.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 1601 de 07 de Julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html) acesso em: 05 de Outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 342 de 4 de Março de 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html) acesso em: 05 de Out de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 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). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html) acesso em: 01 de Setembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 2048 de 05 de Novembro de 2002. Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)> acesso em: 28 de Agosto de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 de Março de 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. acesso em: 07 de Outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 104, de 15 de Janeiro de 2014. Altera a Portaria n° 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto104\\_15\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto104_15_01_2014.html) acesso em: 09 de Outubro de 2015.

ABBÊS, claudia; MASSARO, altair. Acolhimento com Classificação de Risco. Belo Horizonte. 49 p. 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf> acesso em: 11 de Nov de 2015.

ANZILIERO, franciele. Emprego do Sistema de Triagem Manchester na Estratificação de Risco. **Revisão de Literatura**. 2011. 47 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade da Federal do Rio Grande do Sul/2011. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>> acessado em: 02 de setembro de 2015.

Protocolos de Classificação de Risco utilizados nas unidades de pronto atendimento (UPAS) 24 horas: uma questão de humanização.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-estético no fazer em Saúde.** Brasília, DF. 1ª Ed. 05,20,22,23,24,25,28p, 2004. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> acesso em: 20 de Agosto de 2015.

FRANCISCO, glauciatabordam; LIMA, izauraalberton de. **Protocolo de Manchester: mais do que um Sistema de Classificação de Risco: Revisão da história e análise de impactos secundários positivos produzidos pela utilização do MTS.** Santa Catarina, p. 1-11. Setembro de 2014. Disponível: <<http://www.eventos.ct.utfpr.edu.br/anais/snpd/pdf/snpd2014/583.pdf>> acesso em: 10 de Nov de 2015.

GONÇALVES, campos lucyanna. **Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência de uma capital do nordeste.** 2012. 124 f. Dissertação apresentada ao (Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem). Teresina, 2012. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Lucyanna%20Campos.pdf>> acesso em: 01 de Set de 2015.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Belo Horizonte – MG. 2012. Disponível em: <http://gbcr.org.br> . Acesso em: 13 de Outubro de 2015.

JUNIOR, welfane cordeiro; TORRES, bárbara lopes de britto; RAUSCH, maria do carmopaixão. **Sistema Manchester de classificação de risco: Comparando modelos. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.** 2014, 3,4,7p. Disponível em: <http://gbcr.org.br/downloads> Acesso em: 02 de Setembro de 2015.

JUNIOR, welfane cordeiro; TORRES, bárbara lopes de britto; RAUSCH, maria do carmopaixão. **Sistema Manchester de classificação de risco: Comparando modelos.** Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. p. 16 abril/2014. Disponível em: <http://gbcr.org.br/downloads> Acesso em: 02 de Set de 2015.

LIMA, wayner aparecida. **Implantação do acolhimento nas unidades de estratégia de saúde da família no município de Guapé MG: mudanças percebidas pelos profissionais atuantes.** 2011, 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2710.pdf> acesso em : 24 de Outubro de 2015.

LOPES, deisegisélia aparecida feitosa; BARBOSA, maria do socorro alécio; CAHET, andressaqueiroz de Vasconcelos O Enfermeiro na triagem om classificação de risco em serviços de urgência e emergência: Revisão integratica. **WebArtigos**.2013, 2-4p Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-na-triagem-com-classificacao-de-risco-em-servicos-de-urgencia-e-emergencia-revisao-integrativa/114560/> acesso em: 13 de Setembro de 2015.

MOURA, Maria do amparo de etal.O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. **Revista Científica de Enfermagem**,São Paulo, v.4, 2014, 11p. Disponível em: <http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/71> acesso em 16 de maio de 2016.

NASCIMENTO, elianeregina pereira do; et al. Acolhimento com classificação de risco: Avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de urgência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.601p. 2011.Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11812>>.acesso em: 05 de Set de 2015.

PORTAL G1 PARANA RPC. Curitiba- PR. Editora Globo Comunicação e Participações S.A. 2015. Disponível em:<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2015/08/policia-indicia-enfermeiro-por-morte-de-mulher-em-upa-de-curitiba.html> Acesso em: 12 de Nov de 2015.

REVISTA ONNLAINÉ TOLIFE. Belo Horizonte/MG. 2015. Disponível em: [www.tolife.com.br/classificacao/REVISTA](http://www.tolife.com.br/classificacao/REVISTA)>. Acesso em: 04 de setembro de 2015.

SANTOS, marisaalves dos. Avaliação da implantação do protocolo de acolhimento em emergência e urgência com classificação de risco no Hospital Regional de São José em Santa Catarina, Dr. Homero de Miranda Gomes. 2010. 64 f. Monografia (Especialização em Planejamento e Gestão da Informação em Saúde)–Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel, Florianópolis, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/Downloads/976.pdf>>acesso em: 01 de Set de 2015.

SOUZA,cristiane chaves de .et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev Latino-Am.Enfermagem**.v19.n1,2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf)acesso em:18 de Ago de 2015.

Protocolos de Classificação de Risco utilizados nas unidades de pronto atendimento (UPAS) 24 horas: uma questão de humanização.

SAISSU, kauanemineko Almeida. **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA AVALIAÇÃO NORMATIVA DAS UPAS DO DISTRITO FEDERAL.** 2013, 64f, Monografia (Graduação em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, 17,18p, 2013. Disponível em:[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5324/1/2013\\_KuaneMinekoAlmeidaSaissu.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5324/1/2013_KuaneMinekoAlmeidaSaissu.pdf) acesso em: 15 de Janeiro de 2016.

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS USUÁRIOS NA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. São José do Rio Preto –SP, 6p, 2013. Disponível em: [http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/legi/portaria\\_2013-09-27\\_27.pdf](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/legi/portaria_2013-09-27_27.pdf) acesso em: 03 de Outubro de 2015.

PAC-Ministério do Planejamento. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/noticias> acesso em: 18 de Fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171 de 05 de Junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1171\\_05\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1171_05_06_2012.html) acesso em: 05 de Outubro de 2015