



# **Curso de Especialização em Gestão Pública de Organizações de Saúde**

**REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENÇÃO DE ATENDIMENTO DA  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ATRAVÉS DO  
PROTOCOLO DE MANCHESTER**

**Autor: RILSE MARA HERONDINO  
Orientador: Prof. Ms. FLÁVIO GALONE DA ROSA**

**JUIZ DE FORA**

**2016**



## 1 INTRODUÇÃO

Este Projeto pretende reorganizar o fluxo de atenção de atendimento da rede de urgência e emergência através do Protocolo de Manchester em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA Norte) localizada na cidade de Juiz de Fora/MG. Ao realizar o Resumo dos Registros de Estatística Diária utilizados na Classificação de Risco por cores, segundo o Protocolo de Manchester, percebeu-se que o número de pacientes classificados com a cor Verde aumentou demasiadamente.

São muitas as fichas marcadas com a classificação “VERDE”, que não correm risco imediato, e que podem ser atendidos após os pacientes classificados como vermelho e amarelo (que tem urgência no atendimento), constata-se então que estes pacientes poderiam ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS de origem.

Foi pensada uma intervenção no sentido da criação de uma política de atenção que encaminharia esse paciente para a atenção básica. Os pacientes “verdes” poderiam receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, ou por ligação telefônica, tendo a garantia de que seriam atendidos em consulta por médico e receberiam cuidados de enfermagem.

O Brasil ainda enfrenta muitos desafios para defender a vida e manter a garantia do direito à saúde da população. Em muitos serviços de urgência e emergência, as pessoas convivem com grandes filas onde o atendimento é disputado, embora sem nenhum critério, a não ser a ordem de chegada. “A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado” (BRASIL, 2009, p. 22).

Foram várias as tentativas de se organizar a Atenção Primária à Saúde no país, desde os anos 1920 até a atualidade. O SUS (Sistema Único de Saúde), criado em 1988 pelo Ministério da Saúde (MS) para acolher usuários, institui uma política pública de saúde e afirma a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção



em saúde e aponta para uma ideia de saúde que “não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade” (BRASIL, 2008, p. 7).

A humanização no acolhimento ao usuário, através do Humaniza SUS, pensada para melhorar a qualidade da atenção básica, implica em ser um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde, sendo importantes os valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções” (BRASIL, 2009, p. 17).

O Ministério da Saúde levou em consideração o crescimento da demanda por serviços de urgência e emergência advindo do crescente número de acidentes, da violência urbana e da insuficiente estrutura da rede assistencial que tem levado à sobrecarga desses serviços disponibilizados a população, causando forte impacto sobre o SUS e toda a sociedade. Segundo Medeiros (2013),

Por atender à livre demanda, as unidades de emergência convivem diariamente com o problema de superlotação de pacientes, que, muitas vezes, utilizam esse serviço de forma inadequada, seja para resolução das afecções crônicas, seja pela dificuldade ao acesso à rede básica, entre outros (MEDEIROS, 2013, p. 14).

Diante disso, objetivando fazer uma triagem, ou seja, identificar pacientes que precisam ser consultados em primeiro lugar e aqueles que podem esperar algum tempo foi introduzido, através da Portaria 2.048/2002 do MS, no serviço de urgência e emergência, o processo de Classificação de Risco.

O Acolhimento com Classificação de Risco, segundo Souza et al. (2011), trata-se de um processo dinâmico que pretende identificar os pacientes que tem maior urgência no tratamento, conforme o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, sendo o atendimento priorizado de acordo com a gravidade do paciente e não conforme a ordem de chegada.

Segundo Souza et al. (2011), o enfermeiro é o profissional que deverá avaliar e classificar o risco dos pacientes que buscam a urgência e este precisa ser



orientado por um protocolo direcionador. Dentre vários protocolos encontrados em diversos países, como a escala norte-americana – *EmergencySeverity Index* (ESI), escala australiana – *AustralasianTriageScale* (ATS), o protocolo canadense – *CanadianTriageAcuityScale*(CTAS®), o Brasil utiliza o protocolo inglês – *Manchester Triage System*, ou Protocolo de Manchester.



FIGURA 1 – Protocolo de Manchester. Fonte: <http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>

Os protocolos desenvolvidos para a classificação “todos são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência”. No Brasil utiliza-se nas unidades de saúde o Protocolo de Manchester acima citado. Trata-se de uma ferramenta útil e necessária e é utilizado pela enfermagem, sempre com respaldo médico (BRASIL, 2009, p. 40).

O Sistema de Triagem de Manchester foi criado por meio de estudos do Grupo de Triagem de Manchester – *Manchester Triage Group* e surgiu devido à necessidade de enfermeiros e médicos da priorização do atendimento aos pacientes. O método de classificação de risco pretende informar ao profissional um diagnóstico, uma exclusão diagnóstica ou uma prioridade clínica (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Quanto à projeção nacional desse protocolo, o Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foram os primeiros a implementar o Protocolo de Manchester em julho de 2008. Assim reorganizou-se a gestão do serviço de urgência, pois houve a organização da atenção desde a entrada do



paciente usando então o critério de prioridade clínica (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Diante disso, é sabido que toda a implantação das UPAs foi voltada para Urgência e Emergência, mas deve-se aproveitar este instrumento de Classificação de Risco nas portas de entrada como uma ferramenta que objetiva conhecer a chegada deste paciente ao serviço através do acolhimento, uma vez que o usuário vem pela “Lei da melhor oferta”, sabedor que, mesmo que aguarde um tempo maior de espera o mesmo já sai com exames, atestado médico, etc. Porém, este mesmo paciente deixa de ser acompanhado, retornando numa classificação de risco de amarelo à laranja, com Pressão Arterial alterada, Diabetes, etc, muitas vezes, devido ao não acompanhamento médico.

Assim, o problema identificado no estudo trata-se de um fato observado na realidade social da cidade de Juiz de Fora/MG, sendo percebido pelo número elevado de pacientes que procuram a UPA e são classificados com a cor verde. A questão é: verificar o procedimento para diminuir o número de atendimentos na classificação de risco com a cor verde, isto é, pessoas que não correm risco de morte imediato, mas que estão esperando para serem reavaliadas para verificar se houve alguma alteração do quadro clínico.

A intervenção seria no sentido de pensar a criação de uma política de atenção que encaminharia esse paciente para a atenção básica, para as Unidades Básicas de Saúde, UBS. Os pacientes “verdes” poderiam receber encaminhamento à unidade básica de referência junto ao serviço social, ou por ligação telefônica, tendo a garantia de que seriam atendidos em consulta por médico e receberiam cuidados de enfermagem.

As evidências para demonstrar que este problema acontece são os relatórios feitos pela enfermagem na UPA Norte em Juiz de Fora/MG, dos últimos dois anos, onde se pode observar o aumento considerável de atendimentos com a classificação de risco verde. Como exemplo, observa-se o Resumo do Relatório Gerencial da UPA Norte de janeiro/2015. Consta neste relatório que a UPA recebeu 7.512 pacientes, dos quais, 5.758 foram classificados com a cor verde.

Portanto, pode-se perceber que foram mais de cinco mil pacientes classificados como “verde” em relação aos 7.512 pacientes atendidos na UPA.



O Ministério da Saúde, considerando a postura e prática para um SUS mais humanizado, se compromete em variadas dimensões no trabalho em saúde, como: proteger, tratar, recuperar, promover, e produzir saúde pensando na defesa da vida. Torna-se necessária a mudança das práticas de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores nos serviços de saúde. Desse modo, uma relação de confiança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como política pública é essencial para a saúde da população brasileira (BRASIL, 2009).

Conforme Dornas Júnior e Ferreira (2003), o SUS enfoca a hierarquização dos serviços de saúde e preconiza as UBS e Centros de Saúde como porta de entrada do usuário ao serviço público de saúde, resguardando os casos de urgências e emergências. Assim são estabelecidos fluxos de pacientes em três níveis crescentes de complexidade:

O Nível Primário, que são os procedimentos simples, de baixa complexidade, praticados em ambulatórios. São as UBS, que são vias de acesso formal aos demais níveis; O Nível Secundário, onde prevalecem os procedimentos de maior complexidade, praticados em hospitais, ambulatórios de especialidades e UPAs; e o Nível Terciário, que são os hospitais, de modo geral ligados as universidades, que atuam com média e grande complexidade (DORNAS JÚNIOR; FERREIRA, 2003).

Conforme a Portaria nº 342 de 4 de março de 2013, com alterações pela Portaria 104/GM/MS de 15/01/2014, o Ministério da Saúde

Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) 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.

E define no Art. 2º dessa portaria que, “a UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar”.

Os critérios para a procura de UPAs são, muitas vezes, equivocados e acabam criando fluxos distorcidos proporcionando grande demanda de pacientes. “O fluxo de usuários do SUS deve obedecer à hierarquia dos serviços, estabelecida em



níveis primário, secundário e terciário. A ocorrência de desvio desse fluxo pode representar uma situação indesejada, afetando a qualidade dos programas e serviços ofertados pelo sistema”. As UPAs, que respondem pelo atendimento a pacientes agudos ou crônicos com ou sem risco imediato de vida, estão localizadas em pontos privilegiados da cidade e onde existe a circulação de transportes coletivos (DORNAS JÚNIOR; FERREIRA, 2003, p. 31).

Os serviços de urgência e emergência apresentam muitos desafios que precisam ser superados. A “superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros”. Dessa forma, torna-se necessário novas maneiras de agir em saúde, priorizando a atenção humanizada e acolhedora (BRASIL, 2009, p. 8).

Machado (2013, p. 79) acrescenta que, “as UPAs são responsáveis pelo atendimento secundário de urgência à população, sendo estruturadas de modo a cumprir todos os princípios de regionalização e hierarquização nas áreas onde estão estabelecidas”. Visando o atendimento integral do paciente usuário do SUS, a Política Nacional de Atenção às Urgências traçou como diretriz a descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade e, desse modo, diminuiu a sobrecarga dos hospitais de porte maior.

Para que o atendimento com qualidade seja, de fato viabilizado, elementos essenciais são necessários como o acesso e o acolhimento, para que efetivamente se possa trabalhar o estado de saúde do paciente. Acolher é a maneira de interagir os processos de trabalho em saúde atendendo a todos que procuram os serviços, oferecendo a escuta de seus pedidos e assumindo uma postura de verdadeiro acolhimento (MACHADO, 2013).

A Classificação de Risco, segundo Machado (2013, p. 80), “é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), uma ferramenta de organização da ‘fila de espera’ no serviço de saúde, com objetivo de atender aos pacientes que precisam de um atendimento com prioridade, e não por ordem de chegada”.

Os serviços de saúde organizados por meio de filas não avaliam o potencial de risco nem o sofrimento da pessoa.



Este funcionamento demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vêm se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica essa, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Acresce-se a isso a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado (BRASIL, 2004, p. 7-8).

A classificação de risco objetiva “priorizar o atendimento dos pacientes que se encontram em estado de maior gravidade, sendo realizada por um profissional enfermeiro, que por meio da escuta e da aferição de sinais vitais classifica o risco por cores definindo a ordem de atendimento” (MEDEIROS, 2013, p. 14). O

Acolhimento com Classificação de Risco tem como missão “Ser instrumento de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência” (SANTOS JÚNIOR et al., 2015, p. 3).

O acolhimento com classificação de risco que tem a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que buscam uma unidade de saúde “pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica”. Aquele que vai escutar as queixas, os medos e as expectativas, que vai identificar riscos e vulnerabilidade e que além de acolher a avaliação do próprio usuário, também vai acolhê-lo mudando de objeto da doença para o doente (BRASIL, 2004, p. 11). A Classificação de Risco tem como objetivos:

Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento; Descongestionar o Pronto-Socorro; Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc; Informar os tempos de espera; Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários; Retornar informações a familiares (BRASIL, 2004, p. 22).

Segundo Servin (2015), a Classificação de Risco pretende ampliar as soluções incorporando critérios de avaliação de riscos e considerando toda a complexidade dos fenômenos saúde e doença, procurando perceber o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, priorizando o tempo, diminuindo a número



de mortes evitáveis, sequelas e internações e assim, gerando atendimento resolutivo e humanizado.

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco “pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada” (BRASIL, 2004, p. 16).

Já se passaram aproximadamente 19 anos desde que a metodologia e a escala de classificação de risco de cinco cores, de Manchester, foram implementadas por todo o mundo. A resposta em cada lugar ou região sofreu influência, tanto das políticas de saúde, como médicas, especialmente para as prioridades mais baixas, sendo que o conceito das outras prioridades clínicas mantém-se atual (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Os autores acrescentam que em Portugal foi introduzida a cor branca. Ela se destina a pacientes com procedimentos eletivos ou programados, retornos, atestados, etc.

No Brasil, (como pode ser percebido na figura abaixo), o Protocolo de Manchester utiliza as cores: vermelho para emergência, necessidade de atendimento imediato; laranja, muito urgente, podendo aguardar somente 10 minutos; amarelo, urgente, podendo aguardar 60 minutos; verde, pouco urgente, 120 minutos; e azul, não urgente, 240 minutos (BRASIL, 2004).



FIGURA 2 – Protocolo de Manchester. Fonte: <http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>



## 2 JUSTIFICATIVA

O projeto justifica-se lembrando que o Ministério da Saúde caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, tanto no sentido individual como no coletivo, que visam à promoção e a proteção da saúde, prevenindo agravos, fornecendo o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL 2006).

Percebe-se nas UPAs uma demanda de pacientes que, muitas vezes, poderiam ser atendidos nas UBS, no entanto, são atendidos na UPA gerando maiores trabalhos, tumulto nas UPAs, ônus para o usuário, para os serviços de urgência e para todo o SUS.

A intervenção é necessária para que possa haver a garantia de uma atenção de qualidade ao usuário, pois existe a necessidade de uma reorganização no processo de trabalho.

Com base no trabalho de longos anos, venho acompanhando passo a passo as Políticas de Saúde do SUS com o objetivo de alcançar um acolhimento humanizado do paciente quanto ao fator doença.

Hoje, mediante implantação do atendimento com classificação de risco, através do Protocolo de Manchester nas Unidades de Urgência e Emergência depara-se, na maioria dos atendimentos, com dados mensuráveis perante as consultas marcadas nas Unidades de Pronto Atendimento, UPAs. E percebe-se o grande número de fichas marcadas com a classificação “VERDE” (sem risco imediato), números estes assustadores, tendo em vista a implantação da Estratégia de Saúde da Família no Município.

Porém, avaliar a qualidade desta estratégia, que passou assim a ser chamada no decorrer da implantação, é um fator difícil, talvez pela alternância de profissionais de saúde, ou até a dificuldade em colocar médicos envolvidos em todas as regiões, ou mesmo o crescimento populacional em algumas áreas, com prédios não projetados naquela área, etc.

Observa-se que enquanto se trabalha com o intuito de agilizar a consulta médica para pacientes que procuram o serviço em estado grave, surge outro fator que é o retorno deste paciente ao serviço de urgência, pois uma vez estabilizados e



tratados, eles precisam de acompanhamento médico, medicação, acesso à saúde, quer por meio de consultas nas UBS ou por consultas especializadas.



### **3 OBJETIVO GERAL**

- Reorganizar o fluxo de atenção de atendimento da rede de urgência e emergência através do Protocolo de Manchester

### **4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir o processo de trabalho com foco no acolhimento.
- Propor ações de melhoria no processo de acolhimento com classificação de risco nas UPAs.
- Adequar a estrutura logística das diversas áreas de atendimento da Unidade.
- Conscientizar os usuários sobre os atendimentos diferenciados entre UBS, UPAs e hospitais e os benefícios de se dirigirem corretamente aos locais para melhor e mais ágil atendimento.



## 5 METODOLOGIA

Na UPA Norte aumentou o fluxo de pacientes com casos não urgentes. Pode-se supor que dessa quantidade de pessoas, algumas tem queixas que poderiam ser atendidas no nível primário de atenção à saúde.

Para melhor esclarecer a intervenção proposta foi realizada uma visita técnica na Unidade de Pronto Atendimento UPA Norte. Nesta unidade, o serviço de atendimento de urgência conta com a implantação do Protocolo de Manchester para Classificação de Risco dos usuários, que antecede ao atendimento médico.

O sujeito da intervenção foi o Diretor Geral da unidade, Sr. Francisco Luiz Neto, que salientou, através de entrevista, a grande demanda de usuários que deveriam ser absorvidos pela Atenção Básica.

A entrevista foi realizada pessoalmente, na UPA Norte, onde o projeto foi apresentado ao diretor. Durante a visita e entrevista, o gestor esclareceu que a maioria dos pacientes procura a UPA em virtude da resolutividade, ou seja, enquanto na UBS ele precisará de mais ou menos 5 horas para conseguir uma vaga, realizar a consulta, e fazer os exames necessários, na UPA, mesmo que seja classificado com a cor verde, ele sairá da unidade com tudo já definido.

No entanto, a intervenção proposta acredita que os pacientes classificados com a cor verde poderiam ser encaminhados à unidade básica de referência pelo serviço social, ou por ligação telefônica, tendo a garantia de que seriam atendidos em consulta por médico e receberiam cuidados de enfermagem.

Para o Plano de Ação algumas etapas foram definidas para serem realizadas após esta visita e entrevista.

Seguem as etapas do Plano de Ação:

- Apresentar o projeto ao Gestor Municipal de Saúde para aprovação.
- Reunir com os profissionais de saúde envolvidos para apresentação da proposta.
- Promover rodas de conversa para definir as etapas da capacitação dos profissionais de saúde.
- Realizar a capacitação dos profissionais de saúde
- Reorganizar a logística do atendimento.



- Avaliar o resultado.

## 6 RESULTADOS ESPERADOS

- Redução do tempo de espera dos usuários.
- Melhorada qualidade do atendimento oferecido ao usuário.
- Melhora nas condições de trabalho dos profissionais que atuam na recepção e nos triagistas, reduzindo o grau de desgaste na relação com os pacientes.

Espera-se que havendo uma filtragem maior dos pacientes já na classificação de risco, conseqüentemente, o índice de consultas de pequena e média complexidade, no decorrer dos anos diminuirá potencialmente o movimento nas portas de atendimento dos serviços de Urgência e Emergência.

Espera-se também que se possa preencher o formulário de Alta Médica aos pacientes estabilizados na UPA por período de 24 horas, com alta melhorada. Havendo a melhora do paciente a UPA entra em contato com a UBS de origem, com a ajuda do Serviço Social, para que este paciente possa ter seu caso acompanhado na Atenção Básica, assim como os casos de pacientes mais repetitivos em consulta.

Para avaliar se a intervenção foi bem sucedida serão observadas as fichas do ano que se inicia para perceber se a classificação de risco está sendo bem feita. Para isso pode-se observar se ainda persiste grande quantidade de pacientes classificados com a cor verde.



## 7 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO								
Item	Atividade	2016						
		jul	ag	set	out	nov	dez	jan
1	Apresentar o projeto ao gestor	x						
2	Reunir com os profissionais de saúde envolvidos	x						
3	Promover rodas de conversa		x					
4	Realizar a capacitação			x	x			
5	Reorganizar a logística do atendimento.					x	x	
6	Avaliar o resultado							x

## 8 ORÇAMENTO

ORÇAMENTO			CUSTO	
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	UNITÁRIO	TOTAL
1	Computador com internet	01	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
2	Folha papel A4	02 pcte	R\$ 13,00	R\$ 26,00
3	Clips	01 cx	R\$ 6,00	R\$ 6,00
4	Tinta para impressora	02	R\$ 86,00	R\$ 172,00
5	Canetas +marcador	12 un	R\$ 2,50	R\$ 30,00
6	Pró-labore dos profissionais	12 sessões	R\$ 60,00	R\$ 720,00
			Total	R\$ 2.654,00



## 9 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria 2.048/GM, de 5 novembro de 2002**. In: Política Nacional de Atenção às Urgências. (Série E. Legislação de Saúde). Coordenação Geral de Documentação e Informação SAA/SE. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2003. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, 2008. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 8 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência**.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão do SUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servicos\\_2009.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 104 de 15 de janeiro de 2014**. Altera a Portaria nº 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 UPAs 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104\\_15\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

DORNAS JÚNIOR, Guido; FERREIRA, Janete Maria. Informações de Unidades de Pronto Atendimento – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. **Informática Pública**. v. 5, n. 1, p. 27-48, 2003. Disponível em: <[http://www.ip.pbh.gov.br/ANO5\\_N1\\_PDF/ip0501dornas.pdf](http://www.ip.pbh.gov.br/ANO5_N1_PDF/ip0501dornas.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2015.

LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo. v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MACHADO, Julia Azevedo. **Acolhimento com Classificação de Risco**: um caminho para a humanização no pronto atendimento. Artigo 4. Gestão da Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Artigo-04.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: Classificação de Risco em Urgência e Emergência. Trad. do livro *Emergency Triage/Manchester Triage Group*. Versão brasileira: Welfane Cordeiro Júnior; Adriana de Azevedo Mafrá. Editora: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, set. 2010.

MEDEIROS, Angela Cristina. **O Processo de Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento Sul**. Anais GSP. Gestão da Saúde Pública. v. 1. artigo 1. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/anais-gsp-vol-1-artigo-1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SANTOS JÚNIOR, Éber Assis dos. et al. **Acolhimento com classificação de Risco**. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/acolhimentoclassificacaoderiscodasupasdebh.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.



SERVIN, Santiago et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais. São Luis, MA. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2015.

SOUZA, Cristiane Chaves de. etal. Classificação de Risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 1, jan./fev. 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: 9 dez. 2015.