



**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO**

Alexandre Cândido de Araújo

Francisca Maria da Conceição

**O ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Recife

2017

Alexandre Cândido de Araújo  
Francisca Maria da Conceição

**O ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Artigo científico, apresentado à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Facipe-PE, sob orientação do professor Waldemir de França.

Recife  
2017

# O ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Alexandre Cândido de Araújo<sup>1</sup>

Francisca Maria da Conceição <sup>2</sup>

Waldemir de França<sup>3</sup>

## Resumo

O presente estudo tem como objetivo compreender o Acolhimento com classificação de Risco (ACCR), implantado nos serviços Hospitalares de Emergência e a atuação do enfermeiro na execução desse trabalho. O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica da qual foram pesquisados trinta e cinco artigos e utilizados vinte e três para a elaboração desse trabalho. Traz como resultado uma gama de informações sobre o tema abordado que contribuirá grandiosamente para estudos dentro dessa área. Fazem-se necessárias abordagens mais amplas sobre o tema tendo em vista pouca quantidade de estudos publicados recentes sobre o tema. Conclui-se que é de suma importância a exploração do tema, e principalmente o papel do enfermeiro frente à classificação tendo em vista que o Acolhimento com Classificação de Risco ainda não atende a todos os objetivos da humanização propostos pelo Ministério da

<sup>1</sup> Alexandre Cândido de Araújo, graduando do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Integrada do Recife (FACIPE).

<sup>2</sup> Francisca Maria da Conceição, graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Integrada do Recife (FACIPE).

Saúde, haja vista que possua necessidade de melhorias nas condições de readequação das estruturas físicas, do conforto, comunicação interpessoal, capacitação continuada, reavaliação contínua do protocolo, estruturação e a integração dos hospitais com a rede básica de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Avaliação em Saúde; Acolhimento com classificação de risco; Humanização da Assistência; Serviço Hospitalar de Emergência.

## **ABSTRACT**

The present study aims to understand the Reception with Risk Classification (CRA), implemented in the Emergency Hospital services and the nurse's performance in the execution of this work. The study is a bibliographical review of which thirty-five articles were searched and twenty-three were used for the elaboration of this work. It results in a range of information on the topic addressed that will greatly contribute to studies within that area. There is a need for broader approaches to the subject in view of the small number of recent published studies on the subject. It is concluded that the exploration of the theme, and especially the role of the nurse in the classification, is of paramount importance since the Reception with Risk Classification still does not meet all the humanization objectives proposed by the Ministry of Health, since The need for improvements in the conditions of physical structure adjustment, comfort, interpersonal communication, continuous training, continuous reassessment of the protocol, structuring and integration of hospitals with the basic network of health care

**Key words:** Nursing; Health Evaluation; Reception with risk classification; Humanization of Assistance; Emergency Hospital Service.

## **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) trabalha no intuito de realizar a assistências à saúde baseada nas diretrizes de universalidade, igualdade e equidade, assim como a hierarquização do atendimento, acatando os princípios de referência e contra referência nos níveis primário, secundário e terciário (BARBOSA *et al.*,2007).

O serviço de urgência e emergência forma um importante componente da assistência à saúde. O aumento da demanda por serviços dessa área nos últimos anos e a falta de estruturação da rede de atenção são fatores que contribuem decisivamente para o aumento exacerbado de serviços de urgência e emergência, transformando-os em uma das áreas mais problemáticas do SUS (BRASIL, 2002).

Os serviços de emergência estão cada vez mais trabalhando como acesso de entrada do sistema de saúde, recebendo todos os tipos de doentes desde os verdadeiramente graves até as ocorrências mais simples, que poderiam ser decididos pela atenção primária à saúde. Pois, esses fatores ainda são agravados por deficiência de organização, como por exemplo, a carência de triagem com classificação de risco, o que decide um atendimento por ordem de chegada, gerando sérias consequências para a vida desses pacientes (MARQUES; LIMA, 2007).

A desarticulação dos distintos níveis de atenção do sistema de saúde, a diminuição de crédito da população e precária resolutividade em relação ao nível primário de atenção a saúde têm contribuído para superlotação nos departamentos de urgência/emergência (Azevedo *et al.*, 2010). Isto procede em tempo de espera por atendimento médico maior que uma hora; doentes acamados nos corredores; período demorado de internação sentado em cadeiras sem qualquer comodidade, baixa qualidade no socorro pela alta tensão da equipe multiprofissional; e maior tendência a erros por sobrecarga física e mental da equipe (BITTENCOURT;HORTALE, 2009).

Em benefício deste assunto, o Ministério da Saúde dar início ao método de desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para avanço do atendimento à

população, onde institui a Portaria GM/MS N° 2.048 de 2002 sugerindo a fundação nas unidades de atendimento de urgência e emergência o acolhimento de maneira qualificada e resolutiva e a “triagem classificatória de risco”.

De combinação com esta Portaria, este método deve ser feito por profissionais da saúde, de nível superior, através de treinamentos e capacitações específicas com a utilização dos protocolos pré-estabelecidos e tem por finalidade avaliar o grau de urgência das lamentações dos pacientes, colocando-os em ordem de preferência para o atendimento e referenciando de maneira adequada os pacientes dentro do sistema de saúde. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) - foi criado como uma ferramenta para reorganizar os métodos de trabalho na tentativa de aperfeiçoar e solidificar o SUS (BRASIL, 2009).

O Acolhimento com Classificação de Risco é um processo realizado pelo profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente para os profissionais que possuam experiência em serviços de urgência, e posteriormente capacitação específica para a realização do ACCR (BRASIL, 2009).

Para realização do ACCR, o protocolo utilizado é o de Manchester, que é um instrumento de apoio visando à identificação rápida e científica do doente de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o paciente será atendido, conforme a gravidade do caso. Trata-se de um modelo em que diferentes enfermeiros obtêm os mesmos resultados na análise do paciente, aumentando a agilidade e a segurança nos serviços de urgência (CUNHA, 2010).

A partir de uma classificação realizada com precisão por parte do enfermeiro, é possível organizar o serviço e mudar os modos de prestar assistência, com vistas ao atendimento humanizado e a promoção de uma assistência integral, de forma que cada profissional possua uma visão holística, ou seja, sabendo ver o ser humano como um todo, visando atender suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem social (CUNHA, 2012).

O interesse surgido pelo tema sobrevém de estudos recentes, pertinente à avaliação do fluxo de atendimento em serviço hospitalar de emergência (SHE), que trazem informações sobre a elevada quantidade de pacientes que esperam por atendimento nas filas e é um dos principais fatores que influenciam negativamente a

qualidade do atendimento, ocasionando uma insatisfação do usuário do SUS (JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Diante deste fato, esta pesquisa procura avaliar, através da perspectiva dos enfermeiros, o acolhimento com classificação de risco, que mesmo adotando as determinações das portarias vigentes o ACCR ainda não atende a todos os objetivos da humanização proposto pelo Ministério da Saúde (MS). O ACCR ainda se mostra deficiente, deixando a população insatisfeita com o atendimento adquirido.

Acredita-se que ampliar pesquisa com o foco na avaliação de um serviço de emergência feita pelos próprios profissionais, é indispensável para auxiliar propostas de reestruturação organizacional e aprimorar a qualidade do atendimento no serviço.

Perante o publicado, espera-se que esse estudo possa contribuir com pesquisas futuras relacionadas ao tema.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza básica.

O estudo foi realizado através de web sites. As pesquisas foram feitas através Das bases de dados: LILACS, Google Acadêmico ,scielo ,BVS, livros acerca de estudos, teóricos e empíricos, brasileiros e internacionais. Foram pesquisados artigos entre 2002 e 2016 totalizando trinta e cinco dentre eles vinte e três foram utilizados para a elaboração desse trabalho. Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos pesquisados foram: artigos que abordavam maneiras novas para que o acolhimento e classificação sejam feitos de forma equânime; abordagem dentro dos protocolos existentes de ACCR; trabalhos que abordassem as atribuições e as visões dos enfermeiros sobre sua atuação no ACCR. Bem como os critérios de exclusão foram: artigos desatualizados; artigos que não seguiram as abordagens dos protocolos vigentes de ACCR e artigos que não traziam o enfermeiro frente ao ACCR. É importante ressaltar que devido a dificuldade em encontrar referências mais recentes, foram selecionados, para análise, os estudos considerados mais importantes para o objetivo da pesquisa

## **A EVOLUÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ TRIAGEM**

O Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) tem como finalidade atender pessoas com comprometimento grave de saúde e acolher casos não urgentes para direcioná-los a outros serviços de menor complexidade (SOUZA *et al.*, 2011).

Desse modo, a hipótese básica dos SHE é a segurança de entrada e acolhimento aos usuários com precisões emergenciais de saúde, de forma organizada, prevenindo supostos erros por manipulações ou tratamentos incorretos, impedindo morte ou incapacidade física, seja esta passageira ou durável (BRASIL, 2006).

De acordo como Ministério da Saúde são ainda muitos obstáculos para padronizar o atendimento das emergências brasileiras. Entre esses obstáculos o gasto financeiro, a habilitação dos profissionais de saúde e o exercício de enfermeiros para o emprego de protocolos de classificação de risco semelham ser os mais acentuados. No sentido de adaptar esses desafios, o estado de Minas Gerais foi o precursor na implantação do STM, não somente nos hospitais, como nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011; MINAS GERAIS, 2010).

Os Sistemas de Classificação de Risco na urgência não são recentes. Remontam as guerras Napoleônicas (1799 – 1815) em que o exército francês inicia o seu uso para separar feridos que necessitam de atendimento mais precoce. Assim, a palavra triagem, que deriva do francês “*triage*”, é utilizada com o sentido de separar ou classificar. Os protocolos de triagem foram desenvolvidos e utilizados na maioria das vezes por serviços e hospitais isolados. No fim dos anos 1980, surge a primeira proposta de padronização de um sistema de triagem de urgência na

Austrália que deu origem ao *Australasian Triage System* (ATS), utilizado pelo sistema de saúde australiano. Na década seguinte, surgem os principais sistemas de triagem atuais (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

O Sistema de Manchester (*Manchester Triage System*) surgiu no *Manchester Royal Infirmary* com a equipe do Dr. Kevin Mackway-Jones e logo foi recomendado para todo o Reino Unido e, depois, internacionalizou-se. No Brasil os sistemas de triagem foram recomendados pela primeira vez em 2002, na portaria GM 2.048, sobre a organização dos sistemas de urgência. Já nessa portaria trocamos o termo internacional triagem por classificação de risco, já que não envolvia diagnóstico e sim a priorização no atendimento, o que foi reforçado na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

## **UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Segundo o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (2010) “os protocolos mais usados em nível mundial são basicamente quatro: o *Canadian Triage and Acuity (CTAS)*, o *Australian Triage Scale (ATS)*, o *Emergency Severity Index (ESI)* e o *Manchester Triage System (STM)*. De forma geral, as recomendações destes protocolos objetivam a estratificação do risco e a prioridade clínica do paciente, e com isso, diversos países os adotam e são referência em modelos assistências de classificação”.

Os protocolos de classificação de risco são ferramentas que sistematizam a estimativa e que vem constituir o respaldo legal para os procedimentos realizados pela enfermagem. São instrumentos úteis e necessários, porém insuficientes, uma vez que não envolvem aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, e cujo entendimento é fundamentado para uma efetiva avaliação do risco de cada paciente que procura o serviço de urgência. O protocolo não trocava a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu grau de risco (BRASIL, 2009).

No Brasil, alguns hospitais foram precursores na fundação de protocolos AACR, os quais foram baseados em protocolos internacionais. A primeira referência

data de 1993, do Hospital Municipal de Paulínia, que se empregou do protocolo canadense ajustado à realidade local (SOUZA *et al.*, 2011).

No Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco acatado pelo Ministério da Saúde foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em 2004 do PNH, sendo disponibilizada para todo o país, onde foi inserida em diversos hospitais, como por exemplo, no Grupo Hospitalar Conceição – RS (GHC) (FEIJÓ, 2010).

Uma vez identificado os critérios comuns de triagem, rapidamente chegou-se a um acordo quanto a um novo sistema de nomenclatura e de definição. A cada nova prioridade foi atribuída um número, uma cor e um nome, cada uma delas definida em consoante o tempo-resposta ideal até a primeira avaliação médica (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010).

Outro método adotado no Brasil e reconhecido pelo Ministério da Saúde é o protocolo de Manchester, que também realiza a triagem com classificação de risco aos pacientes que procuram os serviços de emergência. A classificação é feita por indicação clínica e por cor, cada cor determina um tempo máximo para realização do atendimento, o qual vai do zero minuto atendimento imediato ao não urgente, com tempo máximo de 240 minutos (SHIROMA; PIRES, 2011).

O protocolo de Manchester define claramente tempo de espera limite para atendimento médico:

- Nível 1 – Vermelho – Emergência: avaliação médica imediata.
- Nível 2 – Laranja – Muito Urgente: avaliação médica em até 10 minutos.
- Nível 3 – Amarelo - Urgente: avaliação médica em até 60 minutos.
- Nível 4 – Verde - Pouco urgente: avaliação médica em até 120 minutos.
- Nível 5 – Azul - Não urgente: avaliação médica em até 240 minutos.

A classificação de risco é um instrumento que, além de instituir a fila de espera e sugerir outro cronograma de atendimento que não seja a ordem de chegada, tem outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do paciente com risco elevado; avisar quando o paciente não corre risco imediato, como também a seus familiares, sobre o tempo presumível de espera; requerer o trabalho em equipe por meio do exercício contínuo do processo; oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão do ambiente de acolhimento e inserção do cuidado na mesma linha de condutas para cada grau de

classificação; aumentar a contentamento dos pacientes e, principalmente, permitir e estimular a pactuação e a edificação de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2004).

O acolhimento representa uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), pois acolher significa prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a todos as pessoas que procuram os serviços de emergência. É buscar a resolutividade na assistência prestada, saber direcionar os pacientes de acordo com o grau de necessidade, estabelecendo uma articulação com outros serviços para que seja garantida a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

A política do acolhimento é uma atuação técnica assistencial que dispõe de mudanças na afinidade profissional - usuário e toda rede social, através de intervenções que trabalhem por um atendimento mais ético, solidário e humanitário, trazendo como objetivo fundamental a prática dos princípios do SUS, como equidade, universalidade, acessibilidade e integralidade (FILHO; SOUZA; CASTANHEIRA, 2010).

Compreende-se que o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. Tendo por objetivo um atendimento mais resolutivo, que saiba identificar e priorizar os atendimentos realizados nesse serviço, sem deixar de tratar os pacientes de forma digna e humanitária (FEIJÓ, 2012).

Acolher de acordo com as políticas de saúde é uma forma de humanizar o atendimento, fazer com que os profissionais de saúde atendam melhor aos usuários e aos outros profissionais que fazem parte da equipe, de uma forma respeitosa, com empatia, ou seja, da mesma forma que gostariam ser atendidos. Essa abordagem deve ser ética e humana, pois garante um melhor vínculo entre profissional-usuário e profissional-profissional (FILHO; SOUZA; CASTANHEIRA, 2010).

A Humanização direcionada para os serviços de emergência promove muitos benefícios para maior satisfação dos pacientes e dos profissionais que atuam nesses serviços. Humanizar significa uma proposta de escuta qualificada, diálogo, estabelecimento do vínculo afetivo, visando a um processo de reciprocidade, de compromisso, um conjunto de benefícios que quando somados às práticas

tecnológicas podem aprimorar ainda mais o conhecimento e a qualidade do atendimento (FALK *et al.*, 2010).

Realizar acolhimento humanizado significa assumir uma postura ética, eficaz, capaz de compartilhar saberes, problemas, anseios e necessidades daquele paciente que procura pelo serviço de emergência. Assim, essa prática difere-se da triagem, pois não se trata apenas de uma etapa do processo assistencial, mas sim uma metodologia que visa promover um atendimento mais qualificado em todos os serviços de saúde (FILHO; SOUZA; CASTANHEIRA, 2010).

## **O ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

A utilização de protocolos aliada à classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação do enfermeiro, subsidiando o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada no atendimento a vítima (SOUZA *et al.*, 2011).

Segundo Oliveira e Trindade (2010) “o enfermeiro é um dos profissionais mais indicados para realizar a triagem dos pacientes, pois em sua formação aprende a prestar assistência de uma forma holística, ou seja, sabendo ver o ser humano como um todo, visando atender suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem social”.

O enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente com a finalidade de verificar prioridades de assistência à saúde, por meio de um conjunto de observação do mesmo, através de uma visão holística, ou seja, saber ouvir as queixas que o levaram a procurar esse serviço seja elas físicas, psíquicas ou sociais (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Os estudos nacionais sobre classificação de risco ainda avaliam pouco a concordância dos enfermeiros, em sua maioria analisam o perfil da população atendida e suas queixas. Acredita-se que o enfermeiro tem competências para a realização do acolhimento com avaliação e classificação de risco, no entanto, faz-se

necessária à sua capacitação para essa atividade, visto que em sua formação esse conteúdo frequentemente não está contemplado (LOPES; KARL, 2011).

O enfermeiro que atua na triagem é um protagonista no acolhimento com classificação de risco e, por isso, este profissional deve refletir sobre o desafio de novas tecnologias a fim de mudar o cenário capaz de aprimorar, garantindo a eficácia e resolutividade na assistência de maneira dinâmica e habilidosa (ULHÔA *et al.*, 2010).

Nascimento *et al.*, (2011), em estudo que “analisou da visão dos profissionais de enfermagem apresentou evidências de que o fluxo de atendimento e a prioridade aos mais graves potencializaram o atendimento mais rápido direcionando as intervenções médica e de enfermagem aos agravos agudos”.

A partir desses conceitos o processo de Classificação de Risco é dinâmico e visa à identificação dos pacientes com potencial de risco de vida, possibilitando a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações (SERVIN, 2010).

O ACCR tem por objetivo ser um dos instrumentos para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada nas unidades de urgência/emergência, e para garantir a organização e clareza das áreas físicas nas unidades de emergência devem ser divididas por eixos e áreas. Assim, quando o usuário chega ao setor de emergência, é acolhido pelo enfermeiro que faz a escuta qualificada e o classifica com cores conforme critérios de risco (BRASIL, 2009).

## **Conclusão**

Com base nas pesquisas foi possível perceber que, embora o ACCR tenha sido idealizado e implantado na perspectiva da PNH, com vistas à reorganização do sistema de atenção à saúde, ainda existem itens referentes ao âmbito da estrutura, processo e resultado que necessitam de melhorias imprescindíveis para melhoria do serviço hospitalar de emergência.

Considera-se que os resultados desse estudo podem contribuir para novos processos de implantação e/ou monitoramento do ACRR, no sentido de promover melhorias à atuação da equipe e, conseqüentemente, à qualidade do atendimento ao usuário.

Recomenda-se a realização de mais pesquisas com grandes amostras, com objetivos voltados ao conhecimento da opinião dos profissionais de SHEs do país, que implantaram o ACCR, assim como dos respectivos usuários.

## **Referências**

AZEVEDO, A.L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem, Ribeirão Preto, n. 12, p.736-745,2010.**

BARBOSA, L. C. V. et al. **Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo OSS (Organização de Serviços de Saúde) hospital das clínicas.** Mogi das Cruzes: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina; UNIFESP, maio 2009. 14p.

BELLUCCI, J. A.; MATSUDA, L.M. Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. Porto Alegre: Interface; 2012. p. 974-1.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Revista Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1453, 2009.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM de 5 de novembro de 2002. **Regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600 de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política de atenção as urgências e institui a rede de atenção as urgências no sistema único de saúde (SUS).** Brasília, 2011.

CUNHA, A. S. **Acolhimento com Classificação de Risco – um novo modelo para assistência.** Ebah- Rede Social para compartilhamento Acadêmico. 2010. Disponível em <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfCVsAA/acolhimento-com-classificacao-risco-novo-modelo-assistencia#>> Acesso em: 14 de janeiro de 2017.

FALK, M. L. **Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde.** **Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan/mar. 2010.**

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola. [*Dissertação*]. *Programa de Mestrado em Saúde Coletiva*, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012, 112 p.

FILHO, A. D. D.*et. al.* **Acolhimento com Classificação de Risco**: humanização nos serviços de emergência. *Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Enfermagem*, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia, 2010, 70 p.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Classificação de Risco na Urgência e Emergência**, 1º ed., Brasil, 2010.

LOPES; J. B.; KARL, I. S. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência**. [*Trabalho de Conclusão de Curso*]. *Curso de Enfermagem*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre em 2011, 74 p.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 1-8, São Paulo, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Implementação do protocolo de triagem de Manchester**, 2010.

NASCIMENTO, E. R. P. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan/mar, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011.

SERVIN, Santiago Cirilo Nogueira. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. **Política Municipal de Humanização**. Prefeitura de São Luiz –Maranhão, 2010.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto--socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1,p. 1-8, São Paulo, 2011.

ULHÔA, M; GARCIA, LIMA, C; SANTOS, D. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. **Revista Gestão Organizacional**, V. 3, nº 1, 2010.