



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

**SOUZA, CRISTIANE MARIA GARCIA GOMES DE¹
MILLIONS, REJANE MEDEIROS²**

RESUMO

Aborda a aplicação dos protocolos de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Riscos (AACR), no âmbito dos serviços públicos de urgência e emergência. Objetiva compreender os processos de implantação, implementação e aplicação do protocolo AACR em serviços de urgência e emergência, sob a perspectiva brasileira. Trata-se de revisão de literatura, cujos critérios de inclusão contemplaram estudos publicados no período compreendido entre os anos de 2011 e 2016, disponíveis nas bases de dados previamente selecionadas (SCIELO, LILACS e BDENF), idioma português, estrutura completa de artigo científico, por meio dos descritores “serviço de saúde de urgência”, “serviço de saúde de emergência”, “acolhimento” e “protocolos”. Conclui que os desafios encontrados para a implantação de protocolos AACR possibilita o desenvolvimento de aptidões e competências pelo Enfermeiro, intencionando dar a resposta mais adequada às necessidades da pessoa alvo de cuidados, sob os princípios da integralidade e humanização propostos pelas diretrizes das políticas públicas de promoção à saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Classificação de Risco. Serviços de Urgência e Emergência.

¹ Graduanda em Enfermagem – cristiane_garcia23@hotmail.com

² Profª Drª/Orientadora – rejmillions@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

No contexto da promoção da saúde, o cuidado não se restringe a um nível de atenção dos sistemas de saúde ou mero procedimento técnico, requerendo visão ampliada do âmbito de integralidade que o envolve.

Etimologicamente, o termo cuidado (do latim, *cogitare*), prenuncia o desempenho do papel social do Enfermeiro, por meio dos significados atenção, cautela, responsabilidade e zelo.

Ao papel de cuidador, portanto, acrescentam-se as relações mediadoras com o ser cuidado, o estabelecimento de vínculos comunicativos, o respeito à complexidade e diversidades humanas e as habilidades adquiridas por meio da observação intrínseca no exercício da profissão.

De acordo com Matumoto et al. (2011, p.4), o Enfermeiro é responsável pela articulação de saberes e responsabilidades dos diferentes profissionais envolvidos no projeto terapêutico, enfrentando “a tensão entre o trabalho em equipe versus o trabalho especializado mais individualizado. ”

As tecnologias do cuidado se subdividem em três tipos: dura, composta por maquinários e instrumentos; leve, permeando as relações entre usuários trabalhadores, e leve-dura, que é o conhecimento técnico aplicado de modo singular pelos trabalhadores. (TRASMONTANO, 2011).

Para a autora, o acolhimento se constitui como tecnologia leve, parte dos cuidados pautados na relação entre o Enfermeiro e o ser cuidado. Todavia, a realização do acolhimento requer o uso da tecnologia leve-dura, associada ao conhecimento técnico sobre o processo saúde-doença.

Sob a perspectiva deste estudo, buscou-se conceitos, definições e abordagens sobre o termo acolher (do latim, *acolligere*), que possui diversos significados, entre eles: dar crédito, dar ouvido a, levar em consideração, receber, reunir, juntar, entre outros.

Percebe-se a ocorrência de múltiplos fatores que intervêm na efetividade prática do acolhimento, tais como a área física do espaço de atendimento, sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos, políticas institucionais, falta de apoio à implantação e aceitação de novas experiências. (ARANHA; SILVA; SILVA, 2011).

Os autores referenciam estratégias como a valorização e a educação permanente contínua destes profissionais, permitindo que o acolhimento seja compreendido, preconizado e utilizado como recurso de atendimento resolutivo ao ser cuidado, a partir de ações crítico-reflexivas.

Ao antever positivamente os resultados a fim de atender necessidades específicas do ser, permeado pelo processo constante de capacitação, vivência e desenvolvimento de habilidades, orientado pela ética e padrões de conduta, o Enfermeiro poderá exercer com autonomia e conhecimentos técnico-científicos o acolhimento. (SILVA et al., 2011).

Solucionar as necessidades não significa fazer o que a pessoa que procura um serviço de saúde deseja, mas antes, escutar suas queixas, avaliar riscos e vulnerabilidades, considerando a avaliação inicial e ponderar sobre os cuidados disponíveis no serviço, intencionando fornecer uma resposta ao problema.

No exercício do cuidado e do acolhimento, o contato com circunstâncias inevitáveis, novas e diferenciadas torna fundamental a aquisição constante de novos conhecimentos, que originam o desenvolvimento de aptidões e competências pelo Enfermeiro, possibilitando a capacidade de dar a resposta mais adequada possível às necessidades da pessoa alvo de cuidados.

Neste estudo, optou-se pela investigação das dificuldades encontradas pelo Enfermeiro no processo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Riscos (AACR), no âmbito dos serviços públicos de urgência e emergência, no Brasil.

A partir das alegações anteriores, questões norteadoras se impuseram: de que maneira o protocolo AACR é aplicado em instituições públicas de saúde, particularmente em serviços de urgência e emergência, no Brasil? Quais os desafios enfrentados pelo Enfermeiro na aplicação desse protocolo? Quais são os possíveis benefícios da aplicação do AACR?

Visando responder tais indagações, elencou-se os objetivos, que conduziram os procedimentos da pesquisa bibliográfica, sob abordagem qualitativa.

Como objetivo geral, buscou-se compreender os processos de implantação, implementação e aplicação do protocolo AACR em serviços de urgência e emergência, sob a perspectiva brasileira.

Face ao objetivo geral, os objetivos específicos consistiram em: caracterizar tais processos, descrever os desafios enfrentados pelo Enfermeiro na aplicação de um protocolo AACR e colaborar para a conscientização e visibilidade dos benefícios

advindos do acolhimento e classificação de risco em serviços de urgência e emergência no país.

O interesse pela temática surgiu a partir das práticas acadêmicas ocorridas em uma instituição de saúde do sistema privado, especificamente no serviço de urgência, que permitiram observar a atuação de uma enfermeira ao avaliar e classificar vários atendimentos, de acordo com as necessidades analisadas, por meio de um protocolo de acolhimento e avaliação denominado Protocolo Manchester, que será abordado posteriormente.

O fluxo contínuo e organizado evidenciou a relevância do papel do Enfermeiro diante do acolhimento naquele ambiente e, ao mesmo tempo, revelou o desafio de um atendimento diferenciado, que requer, além de conhecimentos técnico-científicos atualizados, agilidade e segurança nas ações, bem como a humanização.

Ressalta-se, por outro lado, as lacunas encontradas nas publicações, quanto à atuação do Enfermeiro nessa ambiência, os desafios e dificuldades para aplicação do AACR.

Espera-se que os resultados apresentados contribuam para esta compreensão.

2 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O processo de acolhimento está sujeito à vários aspectos, em que se destacam os fatores econômicos e sociais que sustentam os serviços de saúde.

Segundo Cunha e Barros (2005), os gestores de saúde têm sido constantemente estimulados a comprovar que as intervenções no cuidado impactam efetivamente os resultados obtidos no atendimento aos usuários desses serviços.

Em contrapartida, a integralidade e a humanização do cuidado, preconizadas pelas políticas públicas brasileiras, principalmente, pela Política Nacional de Humanização (PNH), requisitam:

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da

saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira. (BRASIL, 2011, p.75)

Por outro lado, Shiroma e Pires (2011, p.14) referem que a “demanda crescente de atendimentos relacionados às doenças crônicas ou problemas simples (que poderiam ser resolvidos em níveis menos complexos de atenção)”, contribuem para a desorganização e superlotação dos serviços de urgência, dificultando o atendimento dos profissionais de saúde

Esta demanda de atendimentos repercutiu nos serviços urgenciais no Brasil e no mundo, incentivando a investigação de metodologias que identificassem melhor a prestação de cuidados nesses sistemas. (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Os autores evidenciaram que, usualmente, os atendimentos eram realizados por ordem de chegada ou por exclusão e, conseqüentemente, nem sempre os casos mais graves eram priorizados, resultando nos agravos à saúde dessas pessoas.

Entre as propostas resolutivas para evitar tais ocorrências, encontra-se a Classificação de Riscos (CR).

Descrita por Mackway, Marsden e Windle (2010), a CR é uma ferramenta utilizada mundialmente em serviços de urgências e emergências, que propõe a organização do atendimento nos serviços de saúde, priorizando a assistência imediata aos que necessitam, considerando critérios clínicos mensuráveis e não a ordem de chegada.

Considera-se a classificação de risco como uma consulta de Enfermagem, por meio da verificação “de queixas do paciente, um breve exame físico, aferição de sinais vitais, questionamento sobre medicamentos em uso e, dessa maneira, identifica-se a prioridade e direciona-se o paciente para o devido atendimento. ” (COREN-SP, 2012, p.27)

No contexto das políticas públicas, encontra-se a assertiva:

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e

instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. (BRASIL, 2010, p.25).

Posteriormente, a Portaria nº 1.600/2011 traçou diretrizes sobre a ampliação do acesso e os cuidados iniciais às urgências e emergências, “em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2011, não paginado).

Quanto ao Enfermeiro e demais profissionais envolvidos na assistência, Godoy (2010, p.18) refere que a implantação do AAACR propicia a prática e a elaboração de estratégias mais eficazes para o enfrentamento dos empecilhos e necessidade de saúde da população, facultando “a incorporação de continuas discussões acerca do processo de trabalho e da relação que travam com os usuários nos serviços de saúde.”

O acolhimento “como dispositivo tecno-assistencial, permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços”. (BRASIL, 2010, p.23).

A busca por instrumentos de medida confiáveis é importante para garantir segurança na tomada de decisão do enfermeiro na classificação de risco. Entretanto, para garantir o sucesso na classificação de risco, é necessária a construção de fluxos claros de organização do atendimento, orientados pelo grau de prioridade estabelecido para cada paciente e pelo nível de complexidade de cada estação que compõe a rede de cuidado à saúde. (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015, p.148)

Assim, o conhecimento e a adoção de protocolos de AACR poderão responder às proposições anteriormente relacionadas.

2.2 PROTOCOLOS AACR

A adoção de protocolos AACR operacionais requer não somente a promulgação de leis e a elaboração de regras na assistência à saúde, mas novas posturas atitudinais dos profissionais envolvidos, além de transformações efetivas nos sistemas de saúde.

Em estudo recente, ao sugerirem as boas práticas na implantação, implementação e aplicação do AACR, Cordeiro Júnior, Torres e Rausch (2014) estabelecem que um sistema integrado atual de atenção às urgências deve ter, como bases estruturais, um sistema de classificação de risco unificado, os sistemas logísticos de transporte, central de regulação e prontuário eletrônico, a qualificação das equipes de saúde deverá ser adequada e a utilização de protocolos clínicos.

Segundo as autoras, a implantação de sistemas integrados de atendimento às urgências tem prevalecido, nas discussões entre os gestores de saúde, devido a premência de respostas adequadas e compatíveis com as mudanças demográficas mundiais, representada pela longevidade.

As pessoas hoje vivem mais, porém a incidência de doenças crônicas, como o Diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer, tem aumentado de forma alarmante.

O modelo de organização dos sistemas de saúde atual não responde adequadamente a estas doenças, pois, são focados em estruturas não integradas e com predominância das de maior tecnologia mecânica. O resultado final deste modelo tem sido desastroso. Uma das manifestações deste desastre é o excesso de pessoas nas portas de atendimento de urgências. Este é hoje, sem dúvida, o maior sintoma de um grave problema que os sistemas de saúde no mundo vivenciam: um modelo equivocado baseado em premissas extemporâneas. A solução para este problema não é pontual ou local, mas sistêmica. As pessoas que se espremem para tentar entrar num pronto socorro representam na grande maioria, agudizações de problemas crônicos. Este problema não é privilégio do Brasil. (CORDEIRO JÚNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014, p.3).

As autoras descrevem que, na década de 1990, o esforço de modificar o paradigma dos sistemas de saúde nos países europeus e na América do Norte ocorreu simultaneamente com a implantação dos primeiros protocolos de triagem sistematizados e direcionados aos atendimentos de urgência.

Para elucidação, estes protocolos de visão sistêmica serão descritos no quadro, a seguir:

Quadro 1 – Modelos de Classificação de Risco sistêmicos

MODELO	DENOMINAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Australiano	<i>Australasian Triage Scale (ATS)</i>	Pioneiro Usa tempos de espera de acordo com a gravidade do atendimento
Canadense	<i>Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)</i>	Bastante semelhante ao modelo australiano Maior complexidade Uso em grande parte do sistema canadense O mecanismo de entrada é uma situação pré-definida
Manchester	<i>Manchester Triage System (MTS)</i>	Utiliza algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores Sistematizado em vários países da Europa. O mecanismo de entrada é uma queixa ou situação apresentada
Americano	<i>Emergency Severity Index – (ESI)</i>	Utiliza algoritmo único Concentra-se na necessidade de recursos para o atendimento Não é adotado em todo o país
Andorra	<i>Model Andorra del Triage (MAT)</i>	Baseado em sintomas, discriminantes e algoritmos Uso complexo e longo (tempo médio de oito minutos).

Fonte: (CORDEIRO JÚNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

Escolheu-se, para este estudo, a descrição do Protocolo de Manchester, elaborado inicialmente para minimizar e organizar a fila nos serviços de urgências, assegurando que as pessoas não esperassem mais do que o tempo seguro para o primeiro atendimento médico. (GBRC,2014).

2.2.1 Protocolo de Manchester (MTS)

O Protocolo de AACR denominado *Manchester Triage System* (MTS)³ foi implantado no ano de 1997, na cidade inglesa que lhe conferiu o nome.

Baseado em cores que determinam o grau de prioridade para o primeiro atendimento, utiliza “pulseiras identificadoras entregues aos pacientes e são divididas por ordem crescente de gravidade em: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.” (TEIXEIRA; OSELAME; NEVES, 2014, p.907).

³ Tradução livre: Sistema de Triagem Manchester.

Na Inglaterra, o Grupo de Avaliação de Risco de Manchester foi implantado inicialmente no *Manchester Royal Infirmary* em 1994 com o intuito de elaborar uma classificação para hierarquizar os atendimentos dos prontos-socorros por urgência, de maneira que quanto mais grave fosse a situação do paciente, menor seria o tempo de espera para o primeiro atendimento médico. Dessa forma, a ordem de atendimento se fundamenta nas queixas do paciente e em medições clínicas realizadas, não na ordem de chegada. (GBCR, 2014, p.4).

O formato original do Protocolo de Manchester possui 52 fluxogramas, que representam 52 possibilidades pré-estabelecidas de entrada no pronto-socorro e é aplicado unicamente pelo Enfermeiro, que identifica o problema e realiza perguntas específicas de acordo com o estabelecido no fluxograma. (GBRC,2014).

A partir das queixas recebidas e de exame clínico básico, o profissional consegue definir o nível de prioridade de atendimento médico e classifica o paciente com uma das cores.

Amplamente difundido nos países do Reino Unido (Escócia, Irlanda do Norte, Inglaterra e País de Gales), o Sistema de Triage de Manchester foi e ainda é disseminado pelo resto do mundo. Diversos países como Holanda, Irlanda, Portugal, Espanha e Suécia, entre outros, adotaram ou estão em processo de implantação deste protocolo. (Id.).

O MTS é classificado por cores, após uma triagem baseada nos sintomas relatados, representando o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para cada atendimento.

A cor vermelha é atribuída aos casos mais graves, com atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes são representados pela cor amarela, com tempo de espera recomendado de, no máximo, 60 minutos.

Os casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) recebem a cor verde e azul e devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas.

A Classificação de Risco é realizada com base em protocolo adotado pela instituição de saúde, normalmente representado por cores que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados.

No Brasil, a primeira tentativa de implantação de uma classificação de risco ocorreu em Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano de 2005. Com o apoio do

Ministério da Saúde (MS), o sistema foi implementado pioneiramente na busca por reorganizar e reestruturar o serviço urgencial do Hospital Municipal “Odilon Behrens.” Em março de 2011, a Prefeitura iniciou a utilização do Protocolo Manchester em 24 postos de saúde, em caráter experimental. (GBCR,2014).

Para esta implantação, tornou-se necessária uma negociação envolvendo o governo mineiro com o Grupo Português de Triagem (GPT), detentor dos direitos para tradução e utilização do protocolo, sob a autorização do *British Medical Journal* (BMJ) e a *Manchester Triage Group* (MTG), detentores da propriedade dos direitos autorais.

Tornou-se necessária, igualmente, a criação do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), que firmou acordo com o GPT, MTG e o BMJ e obteve autorização para representar e utilizar o protocolo no País. Hoje, ele é acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos e é entendido como uma evolução no atendimento aos quem recorrem a um Serviço de Urgência.

Atualmente, o Protocolo Manchester é utilizado em diversos Estados brasileiros, tais como Paraná, São Paulo, Maranhão, Porto Alegre, entre outros.

Conforme Souza et al. (2013), o Enfermeiro tem sido mencionado, dentre os profissionais de Enfermagem, o principal responsável na aplicação desse protocolo, avaliando e classificando as necessidades daqueles que buscam as unidades de emergência, adquirindo relevante papel no momento da regulação e tomada de decisões sobre a prioridade de atendimento.

As autoras recomendam que o Enfermeiro possua boa capacidade de comunicação, agilidade, ética, segurança e conhecimentos clínicos atualizados, entre outras características.

A partir destas premissas, observa-se que o processo de implantação, implementação e aplicação efetivas do AACR pode ser considerado um desafio para o Enfermeiro e demais profissionais envolvidos.

Entretanto, esse desafio possibilita a oportunidade de reflexão acerca dos benefícios de uma intervenção planejada e desenvolvida adequadamente, bem como as necessidades do ser cuidado, essenciais para o restabelecimento da saúde e valorização da vida.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A abordagem qualitativa deste estudo foi complementada pela revisão de literatura, que auxiliou a definição dos objetivos da pesquisa científica, contribuindo para a construção teórica, comparações e na compreensão dos resultados.

De acordo com Minayo (2012), a pesquisa qualitativa se atenta à realidade que não pode ser quantificada, trabalhando em um universo subjetivo com muitos significados, crenças e valores que correspondem ao espaço das relações e fenômenos que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis.

Para Medeiros e Tomasi (2008), a elaboração de uma revisão de literatura deverá observar a fidedignidade das fontes consultadas, priorizando artigos em periódicos científicos, livros, teses, dissertações e resumos em congresso.

Os critérios de inclusão consideraram estudos publicados em meio eletrônico, no período compreendido entre 2011 a 2016, disponíveis nas bases de dados eletrônicas: Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), idioma português, formato de artigo completo, utilizando os descritores de saúde (DeCs)⁴ “Serviços de Saúde de Urgência”, “Serviços de Saúde de Emergência”, “Acolhimento”, “Protocolos”, que abordem a temática da Classificação de Risco.

Os critérios de exclusão foram publicações em outro idioma, artigos que não estivessem disponíveis na íntegra e publicados anteriormente ao período pré-estabelecido.

A partir dos descritores e critérios mencionados, encontrou-se vinte e sete artigos e, após a análise das publicações, quinze artigos foram utilizados para a elaboração do estudo e doze artigos compuseram a amostra, devido à correlação com os objetivos do estudo.

Posteriormente, os artigos foram divididos e categorizados, dispostos e discutidos nos subtópicos a seguir.

⁴ Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 17 out.2016.

3.1 SERVIÇOS DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nesta categoria foram utilizados seis artigos, dispostos a seguir:

Quadro 2 – Acolhimento e Classificação de Risco em serviços de urgência e emergência

FONTE	AUTORES	TÍTULO	OBJETIVOS	ANO
BDEF	GONÇALVES, A.V.F. BIERHALS, C.C.K. PASKULIN, L.M.G.	Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso	Avaliar as práticas de ACCR do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva do idoso	2015
	SHIROMA, L.M.B PIRES, D.E.P.	Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os	Conhecer a visão das/os enfermeiras/os do serviço de emergência adulto de um hospital universitário acerca da implantação do ACCR	2011
SCIELO	INOUE, K.C. et al	Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência	Avaliar a estrutura, o processo e o resultado do sistema de triagem ACCR implantado em serviços de emergência brasileiros, sob a perspectiva de profissionais de enfermagem	2015
	COSTA, M.A.R.C. et al	Acolhimento com Classificação de Risco: avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência	Avaliar o ACCR implantado em dois serviços hospitalares de emergência do Paraná	2015
	LIMA NETO, A.V. et al	Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros	Descrever as percepções dos enfermeiros que trabalham em um pronto-socorro de atendimento para pacientes adultos acerca da humanização e ACCR	2013
LILACS	SILVA, P.L. et al	Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário	Avaliar o grau de satisfação dos usuários no setor de ACCR do Pronto-Socorro Adulto de um hospital público	2016

Fonte: (AS AUTORAS,2016).

O estudo de caso desenvolvido por Gonçalves, Bierhals e Paskulin (2015) intentou avaliar as práticas de ACCR do Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, a partir da perspectiva de idosos.

A partir de entrevistas semiestruturadas com trinta idosos, faixa etária entre 60 e 89 anos, agrupou-se as narrativas conforme a classificação de risco (grave, alto risco e risco intermediário), de acordo com os processos diferenciados de cuidado nos setores de permanência do SE.

As autoras elaboraram, posteriormente, as categorias tempo de atendimento e processo de trabalho. Todos os idosos que apresentavam classificação grave e alto risco mencionaram a rapidez do atendimento e a assistência imediata da Enfermagem, de acordo com o protocolo da instituição.

Para Bellucci Júnior e Matsuda (2012), o ACCR possibilita um fluxo adequado às demandas de atendimento prioritário em razão da gravidade, auxilia o serviço emergencial e proporciona o cuidado com maior qualidade e segurança.

Em relação aos idosos que apresentavam risco intermediário, as narrativas retrataram lacunas importantes, em que os mesmos solicitam que, durante a espera prolongada, deveriam ter suas necessidades básicas atendidas, como alimentação, alívio da dor e o direito a um acompanhante.

Para as autoras da pesquisa relatada, os resultados deste estudo “explicitam a avaliação de uma ação de humanização na perspectiva do usuário, independente da classificação de risco.” (GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015, p. 17).

Concluem, ressaltando que a atuação do Enfermeiro no ACCR apresenta-se como uma das principais estratégias para o atendimento de qualidade e, consequentemente, relaciona-se às ações de humanização dos cuidados.

A pesquisa de campo desenvolvida por Shiroma e Pires (2011), buscou conhecer a visão dos Enfermeiros do SE adulto, em um hospital universitário no Estado de Santa Catarina, acerca da proposta do Ministério da Saúde (MS) de implantação do ACCR.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com oito (08) Enfermeiros atuantes no cenário descrito.

A análise das narrativas, à luz da análise de conteúdo de Bardin (2009) apontou que os respondentes compreendem o ACCR como a reorganização do atendimento, possibilitando, ainda, agilidade e segurança nos cuidados e, consequentemente, mais humanização. Citaram, igualmente, acesso e resposta

satisfatória ao usuário em estado grave, além de diminuir a sobrecarga de trabalho da equipe.

As autoras referem, concluindo, que os participantes do estudo evidenciaram que a mudança da lógica do atendimento por ordem de chegada para a prioridade clínica, proposta pelo MS, resulta em redução de riscos.

Sob a perspectiva de profissionais de enfermagem, Inoue et al. (2015) desenvolveram uma pesquisa transversal, de abordagem quantitativa, a fim de avaliar a estrutura, o processo e o resultado do sistema de triagem ACCR, implantado em SE brasileiros.

A pesquisa foi realizada com 151 profissionais atuantes em quatro hospitais do Estado do Paraná, que responderam ao Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Após a análise do *ranking* médio de cada item, observou-se a representatividade das dimensões **estrutura, processo e resultado**⁵, constatando-se que apenas a dimensão resultado, de um único serviço de emergência, foi avaliada como satisfatória. As demais dimensões, de todos os serviços investigados, foram consideradas precárias.

As autoras concluem que os resultados evidenciam lacunas na implementação do ACCR, suscitando discussões e ações que promovam a melhoria dos atendimentos em SE, permitindo que todos os pacientes que procurem atendimento de emergência sejam avaliados e classificados, garantindo a assistência adequada.

A pesquisa de campo realizada por Costa et al. (2015) pretendeu avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) implantado em dois serviços hospitalares de emergência no Estado do Paraná, com a participação de quarenta e sete profissionais de Enfermagem (22 Enfermeiros e 25 Técnicos de Enfermagem).

A coleta dos dados ocorreu individualmente, no ambiente de trabalho, por meio da aplicação do Instrumento Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.

O ACCR foi considerado precário nos dois serviços e as avaliações mais baixas se referiram ao conforto do paciente e à acomodação do acompanhante, bem

⁵ Grifo nosso.

como a comunicação entre os profissionais sobre os processos de acolhimento e entre esses e os pacientes.

A melhor avaliação se relacionou ao atendimento de casos não graves.

Os autores salientam a relevância da discussão sobre o tema pelos profissionais de saúde e gestores, pois um serviço humanizado e com classificação de risco segura, depende do envolvimento de todos os profissionais, na construção de fluxogramas e protocolos adequados às características de cada serviço.

Concluíram que a avaliação negativa dos resultados do ACCR pode estar relacionada a não adequação às diretrizes, principalmente em relação aos fluxos de encaminhamentos entre os serviços.

O estudo desenvolvido por Lima Neto et al. (2013) buscou descrever as percepções de quatorze Enfermeiros atuantes em um pronto-socorro de atendimento para pacientes adultos acerca da humanização e ACCR e, teve como cenário, um hospital geral, público e estadual no município de Natal/RN.

Sob abordagem qualitativa, os pesquisadores aplicaram um questionário estruturado e entrevista semiestruturada, sendo a análise das entrevistas categorizada e agrupada por meio das características semelhantes, extraído-se a temática da humanização, acolhimento, classificação de risco e Política Nacional de Humanização (PNH), a partir das percepções dos entrevistados.

De acordo com os resultados, os autores identificaram que os participantes compreendem os conceitos ampliados de humanização e acolhimento, porém têm pouco conhecimento da PNH como instrumento de trabalho em relação às atividades que exercem.

A pesquisa de campo transversal e quantitativa de Silva et al. (2016) intentou avaliar o grau de satisfação dos usuários no setor de ACCR do pronto-socorro para adultos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), localizado no município de Uberaba/MG.

A amostra foi composta por 300 usuários atendidos no local da pesquisa, por meio de entrevistas.

As autoras ressaltam que a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência é uma atividade complexa que depende tanto das habilidades e competências dos enfermeiros como também de fatores externos e subjetivos, como o ambiente de trabalho, relacionamento interpessoal e comunicação.

Conhecer a opinião e as expectativas das pessoas que recebem atendimento no serviço de acolhimento é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, tendo em vista que a satisfação do usuário em relação ao serviço de saúde se traduz em importante indicador de qualidade dos serviços de saúde.

Neste sentido, este estudo evidenciou um elevado grau de satisfação desses sujeitos principalmente em relação às variáveis: educação, respeito, interesse e confiança demonstrados pela equipe de saúde e a limpeza e sinalização do ambiente.

Entre os aspectos negativos apontados pela população destaca-se a falta de conforto do ambiente.

Verificou-se ainda que aqueles que tiveram maior acolhimento, recebendo maior número de informações a respeito do funcionamento do Setor de Acolhimento com Classificação de Risco, demonstraram maior satisfação em relação ao serviço.

Concluem, por meio dos dados obtidos, que o uso eficiente de estratégias de comunicação e informação em saúde, no âmbito das unidades de emergência do SUS, pode influenciar significativamente no grau de satisfação dos usuários em relação ao serviço prestado.

Ao analisar os artigos desta categoria, identificou-se que os autores apontam o ACCR como uma importante ferramenta para a Assistência de Enfermagem em unidades de urgência e emergência, com efeitos potenciais significativos à promoção de ambiente acolhedor e humanizado, privacidade e segurança, acolhimento do acompanhante e acolhimento e classificação de todos pacientes

Entretanto, a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, conforto do ambiente, capacitação do Enfermeiro e reavaliação da diretriz foram mencionados como desafios, especialmente em relação à estrutura física e deficiências no processo de atendimento.

3.2 PROTOCOLO MANCHESTER, ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nesta categoria foram utilizados seis artigos, dispostos a seguir:

Quadro 3 – Protocolo Manchester: Acolhimento e Classificação de Risco

FONTE	AUTORES	TÍTULO	OBJETIVOS	ANO
BDEF	PINTO JÚNIOR, D. SALGADO, P.O. CHIANCA, T.C.M.	Validade preditiva do Protocolo Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento	Avaliar a validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester, implantado em um hospital municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais	2012
	PÉREZ JÚNIOR, E.F. et al.	Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do Rio de Janeiro – um relato de experiência	Descrever a implementação do projeto de classificação de risco pela Enfermagem em uma unidade de emergência de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro	2012
SCIELO	PRUDÊNCIO, C.P.G. et al.	Percepção de Enfermeira (o)s sobre Acolhimento com Classificação de Risco no serviço de pronto atendimento	Conhecer a percepção de Enfermeira (o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento	2016
	OLIVEIRA, G.N. et al.	Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional	Verificar o grau de concordância entre os níveis de prioridade atribuídos no acolhimento com avaliação e classificação de risco, realizado pelos enfermeiros, em relação ao protocolo institucional e entre os pares	2013
	SOUZA, C. C. et al	Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester	Verificar o grau de concordância entre os protocolos do Hospital Municipal “Odilon Behrens” e o de Manchester para a classificação de risco de usuários atendidos no pronto-socorro	2011
LILACS	OLIVEIRA, G.N. et al	Avaliação e classificação de risco: tempo de espera dos usuários de baixa gravidade	Identificar se o tempo transcorrido entre a classificação de risco e o atendimento médico para os pacientes de menor gravidade estava de acordo com o protocolo institucional.	2016

Fonte: (AS AUTORAS, 2016).

O estudo de coorte prospectivo e analítico de Pinto Júnior, Salgado e Chianca (2012) teve como objetivo avaliar a validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester, implantado em um hospital municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Foram selecionados e incluídos 300 pacientes admitidos no pronto socorro, avaliados e classificados pelos Enfermeiros, que permaneceram no hospital, no mínimo, 24 horas após a classificação, entre 31 de março a 15 de setembro de 2010.

Os autores referem que os fluxogramas utilizados na classificação de risco demonstram que a maior parte dos atendimentos se compõe de agravos clínicos.

Complementam que a validade preditiva de um instrumento se refere à diferenciação de comportamentos dos usuários quanto a determinado critério futuro, respaldada pela evolução clínica do usuário ou pela confirmação da classificação obtida na admissão ao serviço, durante a permanência no serviço de urgência.

Demonstram, ainda, que usuários inicialmente classificados em prioridades de atendimento menos urgentes, evoluíram com piora clínica importante, após a entrada no serviço.

Concluíram, portanto, a importância de reavaliações constantes dos usuários após a classificação de risco, por se tratar de um processo dinâmico, até que os mesmos recebam o tratamento direcionado à resolução de seu problema.

O relato de experiência de Pérez Júnior et al. (2012) buscou descrever a implementação do projeto de classificação de risco pela Enfermagem, em serviço de emergência de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro.

A implementação teve como metas a identificação de critérios de gravidade dos clientes, previamente estabelecidos pelo corpo clínico do hospital e institucionalizados pela Direção na forma de Protocolo clínico, objetivo e sistematizado, indicação da prioridade clínica de atendimento e o respectivo tempo alvo recomendado até o atendimento médico.

O projeto de classificação de risco aplicado seguiu os padrões básicos do Sistema de Triage de Manchester adotado em Portugal, sendo o protocolo clínico estabelecido pela equipe da unidade, embasado nos aspectos epidemiológicos locais e nos fluxos de atendimento.

A avaliação da implementação, após 50.996 classificações, revelou mudanças no perfil de atendimento e na rotina do serviço, contribuindo para gestão

do serviço de emergência mais humanizado, assistência segura e justa, evitando a ocorrência de agravamentos ou óbitos nas filas de espera das emergências.

Os autores concluíram que, além de proporcionar agilidade e segurança no atendimento, observou-se maior valorização do Enfermeiro do serviço de emergência que, atuando efetivamente no processo de tomada de decisões quanto à assistência, tem seu espaço definido e respeitado como profissional membro da equipe multidisciplinar e facilitador da assistência médica.

O estudo de campo empreendido por Prudêncio et al. (2016) teve como objetivos conhecer a percepção de Enfermeiros sobre ACCR, em uma Unidade de pronto Atendimento (UPA), no município de Campos dos Goytacazes/RJ e, ainda, analisar as dificuldades enfrentadas nesse serviço.

Realizou-se a seleção de 21 Enfermeiros que atuam no setor de ACCR, responsáveis pela triagem de todos os usuários que procuram atendimento na unidade.

Mediante a aplicação de questionários, no período de setembro a dezembro de 2014, os dados foram submetidos, posteriormente, à análise de conteúdo.

Os resultados obtidos apontaram que, para o funcionamento adequado do ACCR é necessário que não seja aplicado de forma isolada, mas de forma integrada, multidisciplinar e comprometida com as respostas às demandas dos usuários.

A maior parte dos Enfermeiros reconheceu a importância da classificação de risco no serviço, oferecendo atendimento imediato aos usuários com risco de vida, porém constitui uma ferramenta complementar que não exclui a experiência profissional e a consulta de Enfermagem.

Expuseram, como limites, as dificuldades enfrentadas para o serviço de classificação de risco funcionar adequadamente, devido aos problemas estruturais da unidade, pouco conhecimento e informação da população, além da característica repetitiva da atividade.

As autoras concluíram que todos os instrumentos utilizados para melhoria na qualidade do atendimento são válidos, pois auxiliam na tomada de decisão do Enfermeiro, por meio de uma assistência uniformizada.

Destacam-se, ainda, a singularidade humana e que esta condição deve ser respeitada em todos os aspectos.

O estudo descritivo de Oliveira et al. (2013) buscou verificar o grau de concordância entre os níveis de prioridade atribuídos no acolhimento com avaliação e classificação de risco, realizado por Enfermeiros do Hospital São Paulo, localizado na cidade de São Paulo, em relação ao protocolo institucional e entre os pares.

Participaram do estudo vinte Enfermeiros, respondendo a um questionário com trinta casos fictícios, em que eram abordadas as condições clínicas mais frequentes: descompensação diabética, dor torácica, crise hipertensiva, hemorragia, entre outras, com base no protocolo institucional, considerado padrão-ouro, subsidiado pelo Protocolo Manchester.

As autoras apontaram que a implantação de classificação de risco em hospitais brasileiros é semelhante às iniciativas de outros países, possuindo algumas particularidades, adaptados à realidade das instituições e a verificação da concordância entre a avaliação dos enfermeiros e os protocolos, essencial para a segurança do paciente

Os resultados demonstraram que a concordância dos Enfermeiros na atribuição dos níveis de prioridade em relação ao protocolo institucional foi moderada, ao passo que a concordância entre os pares foi baixa.

Segundo as autoras do estudo, a implantação de protocolos próprios em instituições brasileiras torna fundamental o desenvolvimento de ferramentas para avaliar a acurácia dos profissionais em relação aos protocolos, evidenciando as necessidades de capacitação para essa atividade.

Concluíram que as avaliações e classificações com priorização de atendimento depende de proficiências, como a capacidade de estimar as condições com base na queixa principal do paciente.

A partir dos registros realizados por Enfermeiros, Souza et al. (2013) buscaram verificar o grau de concordância entre um protocolo institucional embasado no método canadense *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS©) e o protocolo de Manchester, para a classificação de risco de pacientes atendidos no pronto-socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), na cidade de Belo Horizonte/MG.

O estudo descritivo comparativo utilizou 382 prontuários, que foram avaliados de acordo com os protocolos anteriormente mencionados.

Para a coleta dos dados, procedeu-se à análise do conteúdo da documentação nos prontuários sorteados, buscando as seguintes informações:

queixas apresentadas pelo paciente, dados vitais, história pregressa, idade e classificação de risco, ao final da avaliação realizada pelo Enfermeiro.

Seguindo a nomenclatura do protocolo do HOB, percebeu-se a diversidade de queixas apresentadas pelos pacientes, incluindo queixas urgentes, relacionadas à insuficiência respiratória, hemorragia digestiva, hemiparesia aguda, abstinência grave de álcool e drogas, convulsão e trauma craniano, além de queixas não urgentes (sintomas gripais, dor leve a moderada, vômitos e diarreia sem desidratação).

Conforme a nomenclatura do protocolo de Manchester, entretanto, a dor representou a principal queixa dos pacientes, sendo que a cefaleia e a dor abdominal corresponderam a 31,5% do total das queixas apresentadas, seguida de indisposição no adulto (14,0%), dor torácica (10,8%) e problema nos membros (7,8%).

De forma geral, o protocolo de Manchester aumentou o nível de prioridade dos pacientes, quando comparado ao protocolo do HOB, demonstrando ser protocolo mais inclusivo.

As autoras ressaltam a relevância da capacitação do Enfermeiro, investindo na formação do profissional que atua na classificação de risco, tais como habilidade da escuta qualificada, avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, o trabalho em equipe, raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões, entre outras.

Concluíram que a utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros, porém não deverão ser apartados da escuta, principal requisito para estabelecer uma relação acolhedora com o usuário, garantindo um processo de classificação de risco humanizado e maior acesso da população aos serviços de saúde, objetivo central da assistência qualificada ao usuário do SUS.

O estudo transversal descritivo de Oliveira et al. (2016) procurou identificar se o tempo transcorrido entre a classificação de risco realizada por Enfermeiros e o atendimento médico para os pacientes de menor gravidade estava de acordo com o protocolo institucional do Serviço de Emergência de um hospital público, universitário e de alta complexidade, no período de março a junho de 2012.

As autoras mencionaram que a demanda crescente por atendimento médico nos vários níveis de atendimento em saúde, principalmente nos serviços de

emergência hospitalar, requer a adoção de estratégias nos âmbitos governamentais, institucionais e profissionais para regulamentar o protocolo institucional do serviço, pautados nas diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e do SUS.

A coleta de dados foi realizada durante a consulta de Enfermagem e complementada com os dados da ficha de atendimento médico dos pacientes.

A amostra constituiu-se de 172 pacientes, classificados nas cores amarela, verde e azul, segundo o protocolo da instituição, embasado no protocolo do MS, porém utiliza os cinco níveis de cores do Protocolo de Manchester.

As cores utilizadas e os tempos preconizados respectivamente foram: vermelha (atendimento imediato), laranja (atendimento em até 10 minutos), amarela (atendimento em até 60 minutos), verde (atendimento em até 120 minutos) e azul (atendimento em até 240 minutos).

Os resultados demonstraram que 66% dos pacientes foram classificados na cor verde. Observou-se que o tempo médio de espera, em minutos, estava dentro do preconizado nas três cores de classificação do protocolo institucional.

As autoras salientam, ainda, que este protocolo é uma estratégia de ampliar o acesso da população, sem sobrecarregar a equipe do serviço de emergência e prejudicar a qualidade da assistência prestada.

Concluíram que o tempo médio de espera para o atendimento médico não ultrapassou a preconização do protocolo do serviço de emergência em nenhuma das cores de classificação.

Os artigos desta categoria permitiram observar que a efetivação da mudança proposta pelas políticas públicas de humanização, direcionadas à reorganização dos serviços de urgência e emergência, pode ser considerada um processo em construção.

A adaptação de protocolos internacionais requer transformações culturais nos serviços de saúde, além de condições estruturais dos mesmos. Ultrapassa, portanto, os limites e possibilidades individuais e coletivas da equipe de Enfermagem, não obstante a necessidade de formação acadêmica e educação permanente para todos os envolvidos.

4 CONCLUSÃO

A implantação de protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco contribui, como pode ser observado, para a identificação dos casos mais graves e organização da demanda.

Reconhecem-se, de outro modo disposto, as mudanças atitudinais quanto ao atendimento humanizado e resposta às necessidades dos usuários de saúde.

Entretanto, denota-se que mobilizações isoladas, sem o apoio dos gestores de saúde, tornam-se insuficientes perante a demanda complexa e crescente por cuidados em saúde, principalmente dos serviços de urgência e emergência.

A adoção do ACCR nos serviços de urgência e emergência constitui uma estratégia válida para a inversão do fluxo de procura de atendimento, incentivando mudanças quanto à utilização da rede básica como primeira opção.

Nesse contexto, a sistematização dos atendimentos propicia, simultaneamente, a produção de dados substanciais para a melhoria das práticas assistenciais nas redes públicas de saúde e o reordenamento otimizado de atendimentos.

Em relação a atuação do Enfermeiro nessa ambiência, a aplicação efetiva do AACR em todo o país poderá contribuir para a organização do processo de trabalho, a partir do dimensionamento adequado de recursos materiais e humanos, maior autonomia profissional e intervenção oportuna e precisa, de acordo com a situação de risco.

ABSTRACT

Addresses the application of the Protocols for Reception with Evaluation and Risk Classification (AACR), within the scope of urgency and emergency public services. It aims to understand the processes of deployment, implementation and application of the AACR protocol in emergency and emergency services, from the Brazilian perspective. It is a literature review, whose inclusion criteria included studies published between the years 2011 and 2016, available in previously selected databases (SCIELO, LILACS and BDENF), Portuguese language, complete structure of scientific article, By means of the descriptors "emergency health service", "emergency health services", "reception" and "protocols". It concludes that the challenges encountered for the implementation of AACR protocols allow the development of skills and competences by the nurse, aiming to provide the most adequate response to the needs of the person being cared for, under the principles of integrality and humanization proposed by the guidelines of public promotion policies the health.

Keywords: Reception. Risk Rating. Urgency Services. Emergency Services.

REFERÊNCIAS

ARANHA, J. S.; SILVA M.E.S.; SILVA J.L.L. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v.7, n.2.p.23-24, 2011. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/acolhim.pdf>>. Acesso em: 10 out.2016.

BELLUCI JÚNIOR, J.A, MATSUDA, L.M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto Contexto Enferm.**; Florianópolis, v.21, n. 1, p_217-25. 2012. Disponível em: <[Http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a25v21n1.pdf)> Acesso em: 26 out.2016.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1453, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/02.pdf>>. Acesso em: 28 out.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3.ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 20 out.2016.

_____. _____. **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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 20 out.2016.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; TORRES, B.L.B.; RAUSCHM.C.P. **Sistema Manchester de classificação de risco**: comparando modelos. **2015**. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/downloads/get/id/5/file/53457bf080903.pdf>>. Acesso em: 20 out.2016

COREN-SP. Emergências saem do preto e branco. **Enf. Rev.**, n.26, p.26-32. 2012. Disponível em:<<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/03-classificacao-de-riscos.pdf>>.Acesso em: 27 out.2016.

COSTA, M. A. R. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.3,p. 491-497. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0491.pdf>>. Acesso em: 25 out.2016.

CUNHA, S.M.B; BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. Bras Enferm.** v.58, n.5, p.568-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>> Acesso em: 13 out.2016.

GODOY, F.S.F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência:** percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco.2010.156f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>>.Acesso em: 08 out.2016.

GONÇALVES, A.V.F; BIERHALS, C.C.K.; PASKULIN, L.M.G. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.36, n. 3, p. 14-20. 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/52422>>. Acesso em: 18 nov.2016.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (GBCR). **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências:** como implementar o sistema de Manchester de classificação de risco em sua instituição de saúde. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/downloads/get/id/13/file/54c127352e3b2.pdf>>. Acesso em: 12 out.2016.

INOUE, K.C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.28, n.5, p. 420-4. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0420.pdf>>. Acesso em: 13 out.2016.

LIMA NETO, A. V. et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de Enfermeiros. **Rev. Enferm. UFSM.**, Santa Maria/RS, v.3, n.2, p.:276-286.2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8279/pdf>>. Acesso em: 24 out.2016.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latinoam. Enferm.** [On-line], v.19, n.1. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>.Acesso em: 11 out.2016.

MACKWAY, J.K; MARSDEN, J; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco.** Belo Horizonte: GBCR, 2010.

MEDEIROS, J.B; TOMASI, C. **Comunicação Científica**: normas técnicas para redação científica. São Paulo: Atlas, 2008. 260p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. (Coleção temas sociais)

OLIVEIRA, G.N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.21, n.2. [07 telas]. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf>. Acesso em: 19 out.2016.

_____. Avaliação e classificação de risco: tempo de espera dos usuários de baixa Gravidade. **Rev. Enferm. UFSM.**, v.6, n.1, p.21-28. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18911/pdf>>. Acesso em: 29 out.2016.

PÉREZ JÚNIOR, E.F et al. Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do Rio de Janeiro: um relato de experiência. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.2723-32. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1514/pdf_484>. Acesso em: 26 out.2016.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.O. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.20, n.6. [08 telas]. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_05.pdf>. Acesso em: 28 out.2016.

PRUDÊNCIO, C.P.G. et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento
Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/14917/pdf_46>. Acesso em: 18 out.2016.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67/54>>. Acesso em: 23 out.2016.

SILVA, E. G. C et al. Conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.45, n.6, p.1380-6. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

SILVA, P.L et al. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.50, n.3, p-427-433. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf>. Acesso em: 16out.2006.

SOUZA, C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **Rev. esc. Enferm. USP.**, v. 47, n. 6, p. 1318-1324. 2013. São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01318.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____; ARAUJO, F.A; CHIANCA, T.C.M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf>. Acesso em: 16 out.2016.

_____.et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.19, n.1. [08 telas]. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 16 nov.2016.

TRASMONTANO, Patrícia da Silva. **Percepções acerca da espiritualidade articulada à biblioterapia enquanto experiência vivenciada no cuidado integral aos pacientes com HIV e AIDS: uma perspectiva fenomenológica.** 2015. 218f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.uff.br/jspui/handle/1/874>>. Acesso em:24 out.2016.

TEIXEIRA, V.A.; OSELAME, G. B.; NEVES, E.B. O protocolo de Manchester no sistema único de saúde e a atuação do enfermeiro. **Rev. Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 905-920. 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4901268.pdf>>. Acesso em: 14 out.2016.