

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
UBS – CENTRO DE SAÚDE MARIVANDA BALEEIRO**

JULIANA MARIA BORGES DA COSTA

LAGOA SANTA - MG

2012

JULIANA MARIA BORGES DA COSTA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
UBS – CENTRO DE SAÚDE MARIVANDA BALEEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Mendes Carvalho

LAGOA SANTA - MG

2012

JULIANA MARIA BORGES DA COSTA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
UBS – CENTRO DE SAÚDE MARIVANDA BALEEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Mendes Carvalho

Banca Examinadora

Profa. Dra. Simone Mendes Carvalho – Orientadora

Prof.a Maria Teresa Marques Amaral

Aprovada em Belo Horizonte 11/08/2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS primeiramente pela oportunidade de fazer diferença neste mundo, tendo permitido que através da enfermagem pudesse levar esperança e cuidado aos mais necessitados.

A minha família por acreditar em meu esforço e me incentivar nos momentos mais difíceis neste processo. Aos meus colegas de trabalho do Centro de Saúde Marivanda Baleeiro que ajudou através de ideias e discussões o seguimento deste trabalho e em especial a gerente Marluce que permitiu que o estudo fosse realizado no centro de saúde e á equipe Amarela que possui grandes atores dentro deste processo de reorganização da atenção básica através da classificação de risco.

Para Ana Carolina Diniz que foi minha tutora e esteve á frente de muitas de nossas opiniões a serem formadas. Pelo acompanhamento de todo o processo da implantação da classificação de risco com uso do protocolo de Manchester como integrante da comissão de avaliação e que esteve presente nos momentos de dificuldades encontrados.

As minhas duas orientadoras Daniele Falci de Oliveira e Simone Mendes Carvalho, que dedicaram seu tempo, atenção, me ensinando e tendo muita paciência comigo, principalmente no cumprimento dos prazos de entrega deste trabalho. A elas todo o meu respeito e agradecimento pois sem elas este trabalho não seria possível.

Não importa aonde você parou... Em que momento da vida
você cansou... O que importa é que sempre é possível e
necessário "Recomeçar"

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

RESUMO

Devido a dificuldade cada vez maior de atendimento de pacientes na urgência e emergência, as UBS vem acolhendo casos agudos a cada dia com maior gravidade. Com o aumento dessa demanda faz-se necessário uma reorganização do atendimento para uma maior equidade no acesso. Nesse sentido o Ministério da Saúde propõe a classificação de risco como forma de diminuir a sobrecarga da urgência e emergência. O atendimento com prioridade de risco garante que os princípios da equidade sejam colocados em prática. O presente estudo teve como proposta relatar experiência da implantação de risco do protocolo de Manchester no centro de saúde Marivanda Baleeiro, em Belo Horizonte, no período de Agosto de 2011 e Janeiro de 2012, levando em consideração dificuldades e desafios para implantação do mesmo. Foram utilizados na construção deste trabalho 28 fontes, dentre as quais quatro fontes são publicações e cartilhas do Ministério da Saúde sobre as políticas de humanização e o acolhimento. Este trabalho foi realizado com o objetivo de avaliar a eficiência do protocolo de Manchester nas unidades básicas de saúde, propor discussões para adaptações e atualizações do protocolo de Manchester voltadas para classificação de risco na UBS. Verificou-se a grande necessidade de estudos voltados para a UBS e uma adaptação ao protocolo que contemple os casos mais atendidos na unidade básica. Uma equipe de apoio direcionada para atendimento da demanda espontânea deveria ser uma realidade dentro da UBS, permitindo que o médico e enfermeiro de família e comunidade se direcionasse mais para o cuidado voltado para promoção e prevenção em saúde, atendimento compartilhado, realização de grupos operativos, visitas domiciliares dentre outros.

Palavras-Chave: Triagem. Classificação de Risco. Manchester.

ABSTRACT

Due to the increasing difficulty of caring for patients in emergency care, the basic health unit is accepting acute cases every day with greater severity. With this increased demand it is necessary to reorganize the service to greater equity in access. In this regard the Ministry of Health proposed risk classification as a way to reduce the burden of emergency care. Care priority risk ensures that the principles of equity to be put into practice. This study aimed to relate the experience of deployment risk protocol in Manchester health center health Marivanda Baleeiro, city of Belo Horizonte, during August 2011 and January 2012, taking into account the difficulties and challenges for implantation. Were used in the construction of this work 28 sources, among which four sources are publications and booklets from the Ministry of Health on policies and humane care. Aimed to evaluate the efficiency of the protocol of Manchester in the basic health discussions to propose changes and updates to the protocol aimed at Manchester risk rating on basic health unit. There was a great need for studies aimed at basic health unit and an adaptation protocol that covers the cases treated at the basic unit. A support staff directed to meet the demand should be a spontaneous reality within basic health unit, allowing the doctor and nurse direct family and community care for health promotion and prevention, shared care, conducting operational groups, home visit, among other.

Keyword: Triage System. Risk Classification. Manchester.

ABREVIATURA

APS - Atenção primária de saúde

CRPM- Classificação de risco com Protocolo de Manchester

ESP- Escola de Saúde Pública

MS- Ministério da Saúde

MTS- Manchester Triage System

PBH- Prefeitura de Belo Horizonte

PNH- Política Nacional de Humanização

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1- OBJETIVOS	12
1.1.1 – Objetivo Geral	12
1.1.2– Objetivo Especifico	12
2. METODOLOGIA	13
3. HISTÓRICO	15
3.1- Entendendo Triagem	15
3.2- Acolhimento	16
3.3- Acolhimento com classificação de risco	17
3.3.1 – Tipos de Classificação de Risco	19
3.3.1.1 - Modelo Australiano (Australasian Triage Scale - ATS)	19
3.3.1.2 - Modelo Canadense (Canadian Triage Acuity Scale - CTAS)	20
3.3.1.3 - Modelo Americano (Emergency Severity Index - ESI)	20
3.3.1.4 - Modelo de Andorra (Model Andorrà del Trialge – MAT)	20
3.3.1.5 - Modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS)....	20
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	22
5. CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

O processo de classificação de risco em Belo Horizonte iniciou na UPA Oeste onde era denominada triagem classificatória de risco. O Hospital Odilon Behrens implantou o protocolo em 2005, tornando referência para o Ministério da Saúde e para as discussões em torno da melhoria do atendimento na urgência e emergência. Com os resultados observados destacou-se a necessidade de investimentos (RIBEIRO, 2008).

A secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) iniciou um processo de troca de informações com a secretaria de Saúde de Portugal em 2007, sobre o modelo de triagem de risco conhecido como Manchester (SOUZA, 2009)

A capital mineira foi o primeiro local onde foi implantado o ALERT®, um sistema computadorizado que realiza através de um software que oferece, dentre seus vários módulos de gestão clínica, o de Classificação de Risco com a utilização do protocolo de Manchester informatizado. O governo de Minas investiu R\$ 48 milhões na instalação de seu software nos hospitais de urgência e emergência da rede pública, além da informatização do protocolo de Manchester para a classificação de risco em toda a rede de saúde do estado (SOUZA, 2009)

Diante desta nova estratégia de organização da demanda de urgência e emergência, com novo protocolo de atendimento, a prefeitura de Belo Horizonte vem inovando em saúde passando a implantar propostas de classificação de risco nas unidades básicas de saúde. Foram escolhidas unidades básicas piloto para desenvolver, aplicar e propor mudanças ao implantar a classificação de risco usando o protocolo de Manchester na triagem dos pacientes agudos que são avaliados dentro da UBS.

O aumento para atendimentos de problemas relacionados à Urgência e Emergência, é um dos principais problemas enfrentados pelo Sistema de Saúde. O aumento na procura de atendimento em Serviços de Emergência, ocorre principalmente devido ao crescimento da população, o aumento na incidência de crimes e violência, o aumento significativo de acidentes, doenças cardiovasculares e até a busca de atendimento para problemas simples que poderiam ser resolvidos na atenção primária (SOUZA, 2009)

Tendo em mente a dificuldade cada vez maior de atendimento de pacientes na urgência e emergência , vem sendo necessário adaptar as UBS para atendimento de casos agudos com maior gravidade. Como a demanda para atendimento dos casos agudos e crônicos vem sufocando os atendimentos programados dentro da UBS, faz-se necessário uma reorganização da demanda de forma a atender respeitando os princípios da equidade, igualdade e acesso universal. Desta forma este trabalho propõe relatar experiência do Centro de Saúde Marivanda Baleeiro (regional nordeste de Belo Horizonte) na construção do processo de implantação da classificação de risco usando o protocolo de Manchester, identificando as principais dificuldades , limitações, benefícios e propondo soluções.

1.1. OBJETIVO

1.1.1- Objetivo Geral

Descrever o processo de implantação da classificação de risco de Manchester na UBS no Centro de Saúde Marivanda Baleeiro, instalado na Rua Antônio Mariano de Abreu nº 650, Bairro Paulo VI, regional Nordeste de Belo Horizonte e os desafios impostos ao profissional da enfermagem para que o modelo assistencial de classificação de risco torne-se de fato uma realidade dentro da UBS.

1.1.2 – Objetivos Específicos

- Avaliar a eficiência do protocolo de Manchester nas unidades básicas de saúde;
- Propor discussões para adaptações do protocolo para a UBS;
- Propor atualizações do protocolo de Manchester voltadas para classificação de risco em UBS;

2. METODOLOGIA

Segundo SILVA (2001, pag.9):

A Metodologia tem como função mostrar a você como andar no “caminho das pedras” da pesquisa, ajudá-lo a refletir e instigar um novo olhar sobre o mundo: um olhar curioso, indagador e criativo. Para elaborar um projeto e o desenvolvimento da própria pesquisa é necessário, ter um planejamento cuidadoso, realizar reflexões conceituais sólidas e alicerçados em conhecimentos já existentes.

A pesquisa bibliográfica é uma técnica de pesquisa, fundamental para realização de qualquer trabalho com base científica. Sempre que for realizada uma pesquisa, será necessário estudo bibliográfico para ter conhecimento do andamento dos estudos a nível científico do tema escolhido (FILHO e SANTOS, 2002).

Para este estudo foi fundamental conhecer sobre o histórico de acolhimento e triagem, com evolução para classificação de risco em urgências, que permitiram com sua experiência exitosa ampliar a classificação de risco com protocolo de Manchester para UBS.

O presente estudo foi realizado a partir da implantação do protocolo de Manchester dentro da UBS, Centro de Saúde Marivanda Baleeiro, em Belo Horizonte no distrito Nordeste no período de Agosto de 2011 a Janeiro de 2012.

Para realizar busca dos temas foram utilizados os descritores: triagem, classificação de risco, Manchester triage system, escala de triagem, avaliação sistema de triagem, metodologia científica.

Para compor esta pesquisa, foi necessário pesquisar também sobre acolhimento, atividade do enfermeiro nesta função e como classificador de risco, especificações sobre classificação de risco, tipos de classificação de risco para compor o histórico evolutivo da classificação de risco em UBS, programas da PBH e do MS, leis e resoluções sobre classificação de risco.

Para construção do mesmo, foi realizada investigação sobre a temática utilizando a base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, BIREME, MEDLINE e livros. A busca foi realizada entre Agosto de 2011 a Janeiro de 2012, compreendendo publicações entre 1997 a 2010.

Foram encontradas 33 publicações de caráter científico sobre o assunto e após a análise e avaliação da qualidade do material foram selecionadas 25 fontes para serem utilizadas no presente trabalho, dentre as quais quatro fontes são publicações e cartilhas do Ministério da Saúde sobre as políticas de humanização e o acolhimento.

3.HISTÓRICO

3.1- ENTENDENDO A TRIAGEM

Para entender classificação de risco temos que entender o que é uma triagem, que consiste na base da classificação. A palavra triagem é de origem francesa, referente a trier, que significa escolher, separar ou selecionar. Após a segunda guerra foi usado para priorizar os pacientes que tinham maior probabilidade para voltar para o campo. No Brasil optou-se por utilizar o termo classificação de risco, pois o mesmo implica na avaliação do paciente e determinação da prioridade de atendimento segundo a gravidade clínica desconsiderando a lógica de exclusão que advém do conceito de triagem (SOUZA, 2009)

A triagem consiste em uma avaliação clínica primária, que estabelece um plano bem definido para atendimento do usuário. Desta forma os tipos de triagem mais comuns são: à triagem nos serviços de urgência/ emergência, triagem para admissão na unidade de cuidados intensivos, triagem de incidentes (multicasualty), triagem militar e triagem em situações de catástrofe (mass casualty) (MOREIRA, 2010)

Alguns autores descrevem dois tipos de triagem. A triagem primária, relacionada a entrada inicial dos doentes no serviço, determinando a sua prioridade, dando a primeira informação e indicando qual o seu encaminhamento. A triagem secundária, relacionada às intervenções de enfermagem, onde aos doentes que aguardam atendimento médico, são prestados cuidados tais como analgesia. (MOREIRA, 2010)

Alguns autores citam triagem em suas publicações e estabelecem o seguinte significado:

"Processo pelo qual um paciente é avaliado no momento da chegada para determinar a urgência do problema e para designar recursos adequados cuidados de saúde para cuidar do identificado problema." (COOK e SINCLAIR, 1997, p.889)

"Processo comumente utilizado para priorização de pacientes com base na sua condição médica na prática normal de emergência medica." (PESIK, KEIM e ISERSON, 2001, p.643)

"Processo que envolve uma avaliação da enfermeira, a um paciente no momento da chegada no departamento de emergência, atribuindo ao paciente um nível de prioridade para atendimento com base na sua acuidade" (CHEUNG, HEENEY e POUND, 2002, p.10)

"Método de categorização baseada em uma série de preocupações, incluindo a gravidade da doença ou lesão, priorização de pacientes para tratamento e fazer o máximo para o paciente". (TRAVERS et al, 2002, p.396)

Nos departamentos de emergência os sistemas de triagem são tipicamente designados para identificar os casos mais urgentes (ou potencialmente mais graves) e assegurando-se que os mesmos receberão tratamento prioritário, seguido dos casos menos urgentes. (MOREIRA, 2010)

É importante ressaltar que a função de qualquer profissional em relação á triagem é utilizar o protocolo de triagem instituído na instituição tendo presente que o mesmo reflete uma necessidade clínica e não um diagnóstico. (GERDTZ e BUCKNALL, 2000)

Existem alguns protocolos para triagem e classificação de risco que estratificam o risco levando em consideração fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente. Dentre as escalas/protocolos, pode-se citar: a escala norte-americana - Emergency Severity Index (ESI), escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS© e o protocolo inglês – Manchester Triage System – protocolo de Manchester. Em Minas Gerais temos um protocolo desenvolvido pelo Hospital Municipal Odilon Behrens , que teve como base escalas e protocolos pré-existentes, utilizando-se do método canadense de coleta de dados. (SOUZA et al, 2011)

3.2 ACOLHIMENTO

O acolhimento consiste em um processo de recepção do usuário e as possibilidades de resposta e intervenção, resultada de encontro de saberes com equipe multiprofissional para atendimento de usuários do serviço de saúde. (ULHOA et al , 2010)

O acolhimento é uma ação que possibilita maior proximidade entre o profissional de saúde e o usuário. Toda a equipe deve ser acolhedora, humanizada, receptiva e sobretudo, resolutiva. (ULHOA et al, 2010)

O acolhimento é uma postura essencial para a reorganização da rede e das práticas de cuidados em saúde para o SUS. Para Política Nacional de Humanização (PNH) consiste em um princípio fundamental e compreende em postura, técnica, princípio para reorganização do processo de trabalho e dos serviços e acesso (BALIEGO et al, 2009).

A UBS estava acostumada a trabalhar com atendimento do usuário realizando acolhimento dos mesmos e encaminhamento para atendimento médico, de enfermagem, odontológico, psicológico, psiquiátrico, pediátrico, especializado e urgência. Todos os profissionais estão envolvidos nesta ação e consiste em uma postura humanizada do atendimento.

3.3 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O termo Acolhimento com Classificação de Risco é a forma mais utilizada no Brasil. Entende-se que acolhimento é um modo de desenvolver o processo de trabalho em saúde, de forma a atender os usuários que procuram os serviços, ouvindo-o e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Este processo inclui um atendimento que garanta resolutividade e responsabilização, orientação para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, e encaminhamentos caso haja necessidade (BRASIL, 2004).

Entende-se por acolhimento com classificação de risco:

Determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. (BRASIL, 2004, p16)

A possibilidade de acolhimento enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações começa a ser discutida de forma mais concreta a partir, também, da publicação da portaria GM 2.048/02. (BRASIL, 2002)

Em 2004 foi lançada, a cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência. (SOUZA et al , 2011)

Sobre classificação de risco o Ministério da Saúde (2006, p. 37) define :

"Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso."

Em 2009 outra forma de caracterizar a classificação de risco pelo MS descreve que a mesma vem para organizaras filas de espera para atendimento que deixam de ser por ordem de chegada e passam para o atendimento com grau de risco elevado. Para os pacientes que não correm risco e para seus familiares a classificação de risco informa o tempo provável de espera, permite reavaliação, trabalho em equipe, discussão da ambiência, aumentar a satisfação dos usuários, pactua a construção de redes de atendimento. (BRASIL, 2009)

O acolhimento com classificação de risco deverá ser implantado e realizado por profissionais de nível superior, devidamente treinado, mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da unidade. Os membros da equipe de enfermagem podem participar do acolhimento, mediante definição clara de atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo. (COREN-MG, 2007).

Para o Ministério da Saúde o objetivo maior é a padronização do processo de acolhimento com classificação de risco em todo o território nacional. Neste sentido, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) iniciou no ano de 2007 um processo de troca de experiências sobre o processo de classificação de risco entre o estado de Minas Gerais e Portugal, que utiliza na classificação de risco o protocolo de Manchester informatizado (SOUZA, 2009)

Segundo Souza (2009) são objetivos da classificação de risco:

- Avaliar o paciente na porta de entrada sua chegada de forma a proporcionar o atendimento humanizando;
- Descongestionar o pronto-socorro;
- Reduzir o tempo de espera para o atendimento médico;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- Informar os tempos de espera;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- Retornar informações a familiares.

3.3.1 TIPOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Existem vários tipos de tecnologias adotadas atualmente para melhorar o atendimento aos usuários que utilizam o serviço de saúde. Estas tecnologias foram construídas através de estudos e criados protocolos para direcionar a forma de realizar uma triagem classificando o risco de acordo com a queixa do paciente.

O primeiro hospital brasileiro a implantar a classificação de risco no Brasil, foi o Hospital Municipal de Paulínia, em 1993. O hospital tinha um convênio com a Universidade de Campinas, e um professor recém chegado do Canadá, trouxe a proposta de implantação da classificação de risco, adaptando um protocolo canadense à realidade local. Posteriormente, em 2001, o Hospital Mário Gatti, também implantou a classificação de risco em seu pronto-socorro, assim como outros hospitais, baseados na experiência do Hospital Mário Gatti. (SOUZA, 2009)

Atualmente tem sido recomendada a utilização de escalas/protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, pois estas apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado real do paciente. As escalas/protocolos, mais utilizados e reconhecidos mundialmente são: Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity Index (ESI), Modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) e o Manchester Triage System – Protocolo de Manchester. (SOUZA, 2009)

3.3.1.1- Modelo Australiano (Australasian Triage Scale - ATS)

Segundo o protocolo de triagem utilizando a ATS[©] deve durar de dois a cinco minutos. Foi o pioneiro e usa tempos de espera de acordo com gravidade. A escala classifica os pacientes em cinco níveis de prioridade, com descrição dos critérios clínicos de cada nível e o tempo de espera para atendimento médico. O paciente deve ser reavaliado continuamente enquanto aguarda por atendimento ou tratamento. O surgimento de dados relevantes pode indicar a necessidade de mudança de categoria de classificação. (JUNIOR, 2011)

3.3.1.2- Modelo Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale - CTAS*)

Muito semelhante ao modelo australiano, é muito mais complexo e está em uso em grande parte do sistema canadense. O mecanismo de entrada é uma situação pré-definida.

Foi construído a partir da escala australiana e ampliado para descrição de sinais e sintomas de forma mais detalhada a serem investigados em cada nível de classificação. Também classifica os pacientes em cinco níveis de prioridade e sempre é revisada, atualizada e aperfeiçoada. (JUNIOR, 2011)

3.3.1.3- Modelo Americano (*Emergency Severity Index - ESI*)

Trabalha com um único algoritmo, ou seja, os passos necessários para realizara classificação e que foca mais na necessidade de recursos para o atendimento, garantindo que o paciente tenha acesso aos recursos certos no tempo certo. Estratifica o risco em cinco prioridades. Não estabelece alvo para o atendimento médico (JUNIOR, 2011)

3.3.1.4 - Modelo de Andorra (*Model Andorrà del Triage - MAT*)

Baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado (tempo médio de 8 minutos)

3.3.1.5- Modelo de Manchester (*Manchester Triage System - MTS*)

Trabalha com algoritmos, ou seja passos para se chegar a tarefa final, que neste caso é a classificação por risco, baseado em uma queixa e seus determinantes, que caracterizam o risco. Este tipo de classificação associa-se a tempos de espera, simbolizados por cor. Está sistematizado em vários países da Europa.

O sistema de “Triage de Manchester” é um sistema de classificação de doentes atendidos em Serviço de Urgência que estabelece a prioridade no atendimento em função da maior ou menor gravidade da sua situação clínica (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Em Minas Gerais, foi adotado o protocolo mais estudado e mais usado no mundo - MTS, considerando para alguns autores o mais seguro quando bem aplicado. Para isto existe a formação dos executantes e permite auditoria de forma estruturada. Todos os serviços que usam o protocolo devem manter o padrão de utilização deste, com qualidade. (JUNIOR, 2009)

O enfermeiro da triagem é um protagonista no acolhimento com classificação de risco de Manchester. Desta forma, é importante que este profissional faça uma reflexão sobre o desafio de utilizar a ferramenta tecnológica capaz de aprimorar, beneficiar e garantir a eficácia e resolutividade para a assistência de maneira dinâmica e habilidosa. (ULHOA et al. 2008)

A tomada de decisões no método de triagem de Manchester envolve os seguintes passos fundamentais: identificação do problema; coleta e análise das informações; avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação; implementação da alternativa selecionada e, monitorização da implementação e avaliação dos resultados (FREITAS, 2002).

O primeiro passo é a identificação do problema. É feita através da obtenção de informações do próprio paciente, das pessoas que lhe prestam cuidados ou dos profissionais de saúde. Identificando a queixa principal seleciona-se um fluxograma. O protocolo de Manchester é composto por 52 fluxogramas que reflete várias condições pertinentes para a triagem nos serviços de urgência. (JUNIOR, 2011)

Após definir o fluxograma, segue-se para o passo da coleta e análise das informações. Nesta fase, o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas do paciente para identificar os discriminadores gerais e específicos descritos em cada nível de classificação. Estes são apresentados na forma de pergunta para facilitar o processo. A partir do momento que é identificada a presença de um discriminador passa-se para o terceiro passo que envolve a avaliação das alternativas e seleção de uma delas para implantação. Neste momento, é atribuída ao paciente a prioridade clínica conforme o consenso de Manchester. O último passo é o monitoramento e a reavaliação. (JUNIOR, 2011)

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) optou por uniformizar o atendimento através da importação e implantação do protocolo de triagem de Manchester nas portas de entrada dos seus serviços de saúde (TOLEDO, 2009)

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A atenção primária de saúde em BH é composta por 146 centros de saúde (UBS), distribuídas nos nove Distritos Sanitários que funcionam como unidades administrativas regionalizadas, com autonomia própria e vinculados à prefeitura.

As UBS funcionam de segunda a sexta-feira, de 07:00 às 19:00h, e em algumas unidades de 07:00 às 18:00h e está voltada ao atendimento da população da área de abrangência, correspondem a porta de entrada dos usuários na rede de saúde.

O município conta com 523 equipes de PSF, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A assistência realizada tem como eixo o atendimento nas seguintes áreas: Saúde do Adulto e dos Idosos, Saúde da Criança, Saúde do adolescente, Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Saúde Mental, Doenças Crônicas (DM, HAS, ICC, etc), TB, Hanseníase e outros.

Dos 146 centros de saúde da capital, todos contam com equipe do NASF (com fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudióloga), 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Todos possuem equipes de zoonoses, responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Algumas unidades também contam com assistentes sociais, médicos homeopatas e acupunturistas (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2009).

Com a experiência exitosa da triagem de Manchester que ocorre em nível da urgência e emergência, a secretaria Municipal de Saúde decidiu implantar o acolhimento com classificação de risco. (SOUZA, 2009)

Algumas unidades de saúde em cada distrito foram escolhidas para serem piloto na implantação da triagem de risco no acolhimento usando o protocolo de Manchester. Uma nova reformulação da estrutura de organização dos centros de saúde pilotos, começam a ser feita.

As equipes de saúde da família foram capacitadas pelo SES-MG e novas agendas foram construídas seguindo as estipulações da oficina de qualificação da atenção primária de Belo Horizonte número 4, que trata-se da Organização da Atenção primária e de número 5, que trata-se da organização do trabalho para atenção programada.

As UBS que atendem o PSF devem prestar atendimento aos casos de urgência de menor complexidade. Também é importante que os profissionais dessas unidades saibam reconhecer os casos de maior gravidade e encaminhá-los aos serviços de referência. Desta forma a classificação de risco além de respaldar o profissional de saúde, permite contra-referência com avaliação qualificada dos casos clínicos dos pacientes. No caso da falta do médico garante uma melhor conscientização do enfermeiro e do usuário (BRASIL, 2006a)

O Centro de Saúde Marivanda Baleeiro conta com 4 equipes de saúde da família, sendo que no início do processo de implantação estava com as equipes completas. Anteriormente realizava acolhimento por equipe de saúde da família com horários definidos de início.

Foram organizadas as agendas das 4 enfermeiras e dos 4 médicos do PSF de forma que cada um permanecesse 16 horas semanais na classificação de risco da demanda espontânea. O acesso universal e igualitário, propondo a equidade de acesso começa a ser melhor organizado.

De acordo com a determinação da PBH foram organizadas as agendas do médico e da enfermeira para classificação de risco de acordo com o quadro abaixo:

Horário	Segunda-feira	Terça-Feira	Quarta-feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
7:00-9:00	Médico + Enfermeiro Equipe verde	Médica + Enfermeira Equipe Branca	Rodizio	Médica + Enfermeira Equipe Branca	Médico + Enfermeira Equipe Verde
9:00-12:00	Médico + Enfermeiro Equipe verde	Médica + Enfermeira Equipe Branca	Rodizio	Médica + Enfermeira Equipe Azul	Médico + Enfermeira Equipe Amarela
12:00-13:00	Médico + Enfermeiro Equipe Amarela	Médica + Enfermeira Equipe Azul	Rodizio	Médica + Enfermeira Equipe Azul	Médica + Enfermeira Equipe Amarela

Horário	Segunda-feira	Terça-Feira	Quarta-feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
14:00-16:00	Médico + Enfermeiro Equipe verde	Médico + Enfermeiro Equipe Branca	Rodizio	Médico + Enfermeiro Equipe Azul	Médico + Enfermeiro Equipe Amarela
16:00-18:00	Médico + Enfermeiro Equipe Amarela	Médico + Enfermeiro Equipe Azul	Rodizio	Médico+ Enfermeiro Equipe Azul	Médico + Enfermeiro Equipe Amarela

O Centro de Saúde Marivanda Baleeiro iniciou todo processo de implantação do protocolo de Manchester em Agosto de 2011, utilizando o protocolo impresso para consultar e fazendo a triagem manual. Os pacientes tinham livre acesso durante todo o dia, independente da equipe e eram recepcionados pelos agentes do Posso Ajudar que obtinham os dados e informavam em caso de suspeita de maior gravidade ao enfermeiro da classificação e direcionando para sala de observação onde o auxiliar de enfermagem iniciava aferição. Desta forma garantia-se que pacientes mais graves passassem na classificação mais precocemente diminuindo sua espera.

Cartilhas explicativas sobre o processo de classificação eram distribuídas aos pacientes que compareciam a unidade mas muitos não tinham o hábito de leitura e havia uma falta de esclarecimento sobre o processo. Foi realizada por acadêmicas de enfermagem que realizavam estágio supervisionado no centro de saúde uma sala de espera com palestra explicativa, informando e tirando dúvidas sobre todo o processo. Os funcionários do Posso Ajudar também exerciam esclarecimento da população permitindo que ficassem mais calmos na espera.

Para que fosse divulgado de forma mais linear possível, as reuniões com a comissão local de saúde tinham pautas sobre todo o processo e estes agentes tiveram papel importante na divulgação para a comunidade. Como os integrantes eram pessoas da própria comunidade e muitos deles líderes (pastores, representantes da igreja católica, da pastoral

da criança, pastoral São Vicente de Paula, dentre outros) este processo se deu de forma mais gradual.

No princípio havia uma dificuldade de todos os enfermeiros e médicos pois se tratava de um processo muito novo, onde o atendimento deveria ser rápido e direcionando para o médico, priorizando os mais graves. A população não entendia a questão da priorização que implicava em “passar na frente” quem chegava muito tempo depois e este fator levava a um estresse para a equipe devido as inúmeras reclamações. Mesmo a população tendo sido sensibilizada havia insatisfação no processo devido ao não entendimento dos mesmos.

Percebe-se que em instituições em que os processos de reorganização do trabalho é realizada em torno da organização do cuidado, o comportamento de alguns profissionais é influenciado pela dificuldade de conviver e enfrentar a implantação de novos modelos institucionais. (ULHOA et al, 2009)

Anteriormente a chegada do ALERT® a classificação era feita manualmente e consultando o protocolo de Manchester.

A tecnologia ALERT®, que é o instrumento informatizado para a classificação de risco, permite visualizar informação relativa a todos os episódios ativos na UBS, realizar auditoria para acompanhar a triagem de Manchester, visualizar a fila de espera, melhorar a eficiência do trabalho e a transferência de responsabilidade. (EIRAS, 2007)

A falta de planejamento para a implantação estratégica de novas tecnologias e a dificuldade de enxergar o potencial transformador das tecnologias de informação podem causar efeitos danosos bem como resultados inesperados para as organizações no contexto social (QUEIROZ e MOREIRA, 2007).

Estudos demonstram que ao utilizar instrumentos originários de uma outra língua, deve-se realizar a adaptação cultural, mesmo quando o idioma é o mesmo, uma vez que pode haver problemas no processo de adaptação cultural. Nesse processo, pode haver mudança em alguns itens para que se mantenha o mesmo conceito. (SOUZA et al 2011)

O enfermeiro que atua na triagem é um protagonista no acolhimento com classificação de risco de Manchester. É imprescindível que este profissional reflita sobre o desafio de utilizar este tipo de ferramenta tecnológica e esteja sempre se aprimorando

para garantir a eficácia e resolutividade operacional para a assistência de maneira dinâmica e habilidosa. É preciso pensar que o processo de triagem com classificação de risco se consolida como uma reorganização do trabalho coletivo de equipe e se torne um processo de inovação e mudança para acolher o usuário. (ULHOA et al 2009)

Com o passar do tempo a equipe começou a perceber algumas mudanças no processo de trabalho, apontando pontos positivos e negativos na implantação da classificação de risco de Manchester. Por se tratar de um manual de triagem para urgência, distanciava da realidade de atendimentos da UBS em alguns aspectos. Os principais problemas que levavam o usuário a UBS não eram contemplados e acabavam sendo classificados em outro classificador pouco específico.

A base do PSF é o vínculo com a população da área de abrangência e com a forma de organização das agendas o vínculo foi se distanciando da realidade. Os atendimentos eram realizados a toda população, de todas as equipes. Isto gerou um desconforto para os profissionais das equipes, principalmente, pois a procura ao centro de saúde a equipe de referência colocava o usuário mais próximo da equipe e das ações prestadas por esta equipe de referência. O usuário também começou a ficar perdido, sem entender o porquê dos profissionais da equipe de PSF que eram sua referência não estavam mais os atendendo. Desta forma não reconheciam quem era a enfermeira, o médico, os auxiliares de enfermagem que atendiam a sua área de abrangência. Cada profissional tem uma forma de organização do seu serviço. Quando o paciente é atendido por vários profissionais muitas vezes não dá continuidade ao acompanhamento do paciente, pois cada vez vem com um profissional, que direciona uma conduta e acaba não fechando o diagnóstico devido a falta de continuidade de atendimento do mesmo médico. Ou seja, um paciente que apresenta a mesma queixa em várias vindas ao centro de saúde, as possibilidades para fechar um diagnóstico dependem do acompanhamento do mesmo, se é atendido por vários médicos cada um pode interpretar a queixa para um diagnóstico.

Outro fator importante de ser destacado era a pouca resolutividade do processo. Quando era realizado acolhimento com atendimento da equipe o usuário, como era uma pessoa muitas vezes conhecida pela equipe e acompanhada, buscava atendimento e era solucionado grande parte de seus problemas. O médico conseguia fazer um acompanhamento mais direcionado para o paciente de sua área de abrangência e a equipe conseguia monitorar melhor os casos mais difíceis que chegavam. Observava-se que as

agendas não eram tão estranguladas. Este fator funcionava muito bem com equipes completas. Em equipes sem médico, observava-se que a população não tinha acesso e desta forma feria os princípios do SUS e da Constituição Federal.

O usuário quando começa a ter maior familiaridade com o processo de classificação de risco, e desta forma começam a manipular o STM, exagerando os seus sinais e/ ou sintomas, para assim conseguirem um atendimento mais rápido. Como se trata de um modelo de triagem com questionário e observação é possível que superestime as queixas. (DIOGO, 2007)

É importante destacar que em eminência dos casos agudos e crônicos que a UBS recebe todos os dias, temos também os casos de pacientes que buscam uma conversa, um conforto, serem acolhidas por profissionais que estão diretamente ligados a sua realidade, ou seja que já o conhece, o que era caracterizado pela ESF, por área de abrangência e garantia o vínculo com a sua equipe. Quando tínhamos acolhimento com atendimento da equipe a escuta eram mais resolutivas pois o paciente muitas vezes saia confortado pela equipe que já o conhecia e o acompanhava, e muitas vezes a resposta para seu problema era mais rápida. Com a classificação de risco de Manchester o profissional que atende o usuário muitas vezes não tem este vínculo, não conhece sua realidade e a resposta muitas vezes é mais demorada.

Com a triagem com classificação de risco determina tempo para realização, o acolhimento se restringe e desta forma muitas vezes o enfermeiro não realiza uma escuta mais abrangente direcionando apenas para a queixa principal, mascarando o que pode estar por traz desta queixa. O mesmo ocorre com o médico que ao atender o paciente tem que ser sucinto e direto, e as vezes acaba se passando por grosso por não dar a atenção que o paciente busca.

Um ponto positivo destaca-se para equipes desfalcadas, principalmente com a falta de médico, permite o acesso a toda população mesmo que sua equipe não tenha médico. Outro fator positivo é a mudança de visão dos profissionais que ficam mais atentos aos casos prioritários e desta forma desenvolvendo uma visão humanística e sensibilizada para os pacientes dentro da unidade. O atendimento fica mais direto, mais rápido e mais consciente.

Para os enfermeiros o STM com classificação de risco, trouxe como vantagem garantir respaldo para o atendimento focando na classificação de risco e direcionando para cada profissional o que é de sua responsabilidade. Os enfermeiros começam a se conscientizar do que é competência de cada profissional e não desviando do que é permitido legalmente. Muitos enfermeiros faziam muito além do que era de sua competência para tentar ajudar ao paciente, e com o STM vem organizar também as competências.

A UBS vivenciava uma realidade antes da classificação de Manchester com sobrecarga dos profissionais, com acolhimento e consultas para demanda espontânea realizada a maior parte do dia. Pacientes ficavam esperando na porta dos consultórios, chegavam durante todo o dia e eram direcionados para avaliação do enfermeiro, que estava realizando consultas, curativos, visita domiciliar dentre outros. Com o STM o paciente é avaliado pela enfermeira da classificação não tendo o problema de sobreposição com as agendas. Observamos uma melhor forma para organizar as agendas das enfermeiras e dos médicos.

Observamos que houve uma organização na demanda espontânea com este processo. Ao mesmo tempo nas discussões da equipe da UBS chegou-se ao consenso de que para realização de PSF seria importante que houvesse uma equipe para atender a demanda espontânea e a equipe de PSF realizasse acompanhamento de sua população de área de abrangência, realizando promoção, prevenção de saúde e dos agravos para a saúde.

Outro fator importante é que com a classificação de risco sendo realizada os pacientes que devem ser atendidos na UBS começam a ser referenciados pelo serviço de urgência e emergência e acaba aprendendo quando procurar cada serviço. Se por um lado este processo absorve a sobrecarga nas urgências e emergências, demonstra a fragilidade da atenção primária que não comporta o número de atendimentos diários e muitos acabam sendo encaminhados para urgência pois ao serem classificados e apresentarem classificação verde, amarelo, laranja ou vermelho devem ser avaliados por profissional médico.

Com a proposta de atendimento da equipe de PSF nas oficinas de qualificação da atenção primária onde a demanda espontânea deve ocupar 16 horas do atendimento semanal nas agendas, permite que possamos organizar nosso processo de trabalho e aos atendimentos programados realizando um atendimento de melhor qualidade. Este processo

porém não caracteriza uma vantagem com a implantação da Classificação de risco com protocolo de Manchester e sim da organização das agendas.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que ao ser classificado pelo enfermeiro, alguns pacientes se sentem confortados por sentir-se seguros, na prática muitos usuários acham que é mais um processo para demorar seu atendimento e não reconhecem o enfermeiro como fundamental no processo. O que percebemos é que os usuários ainda apresentam uma visão medicocentrica e que o protocolo de Manchester juntamente com os protocolos de atendimentos do Ministério da Saúde e da prefeitura de Belo Horizonte pretende descentralizar o atendimento focado apenas no médico e estabelecendo um trabalho multidisciplinar, garantindo melhor atenção a saúde do usuário.

Estudo realizado por Diogo (2007) demonstra que o protocolo de Manchester apresenta vantagens e desvantagens. Segundo o mesmo o tempo de espera para a triagem varia entre o muito bom e o razoável, destaca que existe um bom atendimento pelos profissionais de saúde, no que diz respeito às competências técnicas. O mesmo estudo revela que o tempo de espera para o primeiro atendimento do usuário com classificação amarela, verde ou azul é muito demorada. Destaca que o método de triagem é inadequado, na medida que cada categoria de urgência abrange uma diversidade de situações e em cada uma delas distinguem-se situações mais e menos graves, que requerem uma abordagem mais ou menos rápida. Verifica-se, na perspectiva do usuário um consumo de tempo desnecessário. A inexistente de informação relativa aos tempos de espera para o atendimento de cada paciente, sendo que o mesmo não tem a noção de quanto tempo pode esperar. A gestão das equipes médicas é inadequada, tendo repercussões na demora para o primeiro atendimento médico

Há estudos que consideram a possibilidade do STM ser manipulado e induzir a sua própria manipulação, considera-se que a aplicação da Australasian Triage Scale ou da CTAS seriam boas alternativas ao STM. (DIOGO, 2007)

Outro estudo demonstra que o STM tem validade moderada para pacientes pediátricos e que há superestimação do risco em 54% das classificações realizadas e subestimação em 12%. Houve uma concordância entre os critérios padrão e a classificação em 34% dos casos. (DIOGO, 2007)

5. CONCLUSÃO

Segundo Junior (2009), a adoção de um protocolo de triagem não resolve o problema da sobrecarga na urgência. Ele é um poderoso instrumento para trabalhar na organização e na gestão de serviços de saúde que prestam atendimento ao paciente e encontram-se desorganizados. No entanto, se os diferentes setores da saúde, ainda trabalham de forma isolada e não organizam-se com os outros pontos de atenção, o resultado da implantação de um protocolo destes é menor do que seu potencial. Observaram que tanto no Brasil como no exterior, o trabalho fundamental está em organizar as redes de saúde e na atenção primária para que se torne mais resolutiva, forte e se torne o centro de comunicação e o alicerce mais importante de uma rede integrada de serviços de saúde.

Para conseguir ampliar o acesso do usuário, diminuir a sobrecarga das unidades de urgência e emergência, não podemos ter em mente apenas a construção de um modelo de triagem de classificação imposto e sim a cada tempo discutido e avaliado por representantes dos profissionais envolvidos no processo, usuários e estudiosos, bem como os conselhos de Medicina e Enfermagem, diretório de Medicina de Família e comunidade, representantes do SES, ESP / MG e PBH.

Os princípios básicos da ESF deveriam ser revistos para que a construção deste processo de organização da demanda espontânea não ferisse os conceitos básicos do PSF. A equipe deve ser motivada a cada dia e levantadas discussões para melhoria e modificação do processo. Métodos de registro destas discussões devem ser levadas em conta visto que o profissional envolvido é o melhor para avaliar o processo de trabalho com e sem a mudança.

A população deve ser avaliada sem que seja condicionada para avaliar o modelo de implantação permitindo expressar críticas construtivas, visto que o processo foi direcionado para eles. Discussões entre a equipe e uma comissão representante da população seria uma estratégia para permitir melhorias segundo as discussões da equipe dentro da UBS.

O STM deve ser revisto e modificado para atendimento dos casos clínicos realizados na UBS, visto que foge muito dos principais atendimentos e muitos não são contemplados no STM.

Estudos devem ser realizados nas UBS sobre classificação de risco pois a literatura não oferece referencial. Estudos exitosos poderiam ser utilizados como modelo de implantação para todos os centros de saúde , propondo formas mais eficientes de melhoria da organização da UBS. Uma equipe de apoio direcionada para atendimento da demanda espontânea deveria ser uma realidade dentro da UBS, permitindo que o médico e enfermeiro de família e comunidade se direcionasse a cuidados para promoção e prevenção em saúde, atendimento compartilhado, realização de grupos operativos .

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. F. (Org.). **Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. Belo Horizonte: Sigma, 2008. p. 269-287.

BALIEGO, V.; RIBEIRO, A.C.; UEMA, F.T. et al. **Projeto de Reestruturação do Serviço de Urgência Considerando sua Inserção na Rede de Atenção do SUS na DR9**. Hospital das Clínicas de Marília- Unidade Materno Fetal. Marília, Agosto de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004, 48 p.

Disponível em:

<file:///C:/Users/Win7/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/201R3OWF/acolhimento.pdf> Acesso em 17 de Junho de 2012

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde)

_____. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 3ª edição, Brasília, 2006, 52p.

Disponível em:

file:///C:/Users/Win7/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/I9VBYMF5/documento_base.pdf. Acesso em 29 de Maio de 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004b. 49 p.

_____, Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

COOK, S.; SINCLAIR, D. Emergency Department Triage: A program Assessment Using the Tools of Continuous Quality Improvement. **In Journal of Emergency Medicine**. 1997, p. 889-894.

CHEUNG, W. ; HEENEY, L. POUND, J. An Advance Triage System. **In Accident and Emergency Nursing**, 2002, p. 10-16.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007**. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: < <http://www.coren-mg.org.br/gerencial1007>>. Acesso em: 23 abr. 2008

DIOGO, C. S. Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das urgências do SNS. **Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de saúde)**. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Escola de Gestão ISCTE, Dezembro de 2007.

Disponível em:

<https://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRCSistema+Triagem+Manchester+na+equalifica%C3%A7%C3%A3o+das+urg%C3%Aancias+do+SNS.pdf>. Acesso em 18 de março de 2012.

EIRAS, J.C.M.; **Desenvolvimento da Software Suíte ARLERT® - Paper Free Hospital**.

Disponível em:

[file:///C:/Users/Win7/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/I9VBYMF5/PT_28%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Win7/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/I9VBYMF5/PT_28%20(1).pdf) . Acesso em 18 de Março de 2012

FREITAS, P. **Triagem do serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester**. 2.ed. , Portugal: BMJ Publishing Group, 2002. 149 p.

FILHO, D.P.; SANTOS, J.A.; **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo. Futura, 2002.

GERDTZ , M. ; BUCKNALL, T. (2000). Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. **Aust J Adv Nurs** 18(1): 24-33 p.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Implantação Classificação de Risco no HPS**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em. http://gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=4
Acesso em: 28 março 2012

GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM. **Triagem no serviço de urgência**. Manual do formando. 2. ed. BMJ, 2002

JONES, K M; Manchester Triage System (MTS) Second edition BMJ, 2009.

JUNIOR, W.C. A Classificação de Risco como Linguagem da Rede de Urgência e Emergência . **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, MG. Jan/Jun, 2009. p. 23-28

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage: Manchester triage Group**. 2. ed. Paperback, 2001.

MAFRA, A. A. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco** . Belo Horizonte: Hospital Odilon Behrens. 2006. 24p

MOREIRA, C.T.P. ; Avaliação de uma Implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade? **Tese de Mestrado de Informática Médica- Faculdade de Medicina** . Universidade de Porto, Portugal. 2010, 78 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria municipal de Saúde. 2009. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=saude>. Acesso em 23 de março 2012

RIBEIRO, Y. C. N. M. B. **Acolhimento com Classificação de Risco: experiência de um hospital público como expressão da Gestão Participativa**. In: RATES, S. M.; ARAÚJO, G. F. (Org.). *Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens*. Belo Horizonte: Sigma, 2008. p. 269-287.

SILVA, E. L.; Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação – 3. ed. **Rev. Atual.** – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SOUZA , C. C. Grau de concordância de classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem**, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009, 119 p.

SOUZA , C.C et al. Classificação de Risco em Pronto-Socorro: Concordância entre protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Latino- Am. Enfermagem**. 19(1) Jan-fev. 2011, 8

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um Hospital Municipal de Belo Horizonte. 2009.** 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

ULHOA, M.L; GARCIA, F.C; LIMA, C.T.; SANTOS, D.S.; CASTRO, P.A.A.; A Implantação de nova Tecnologia: Implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um Hospital Público de Urgência e Emergência. **RGO - Revista Gestão Organizacional.** MG, vol.3 . Jan/Jun . 2010. P. 99-118