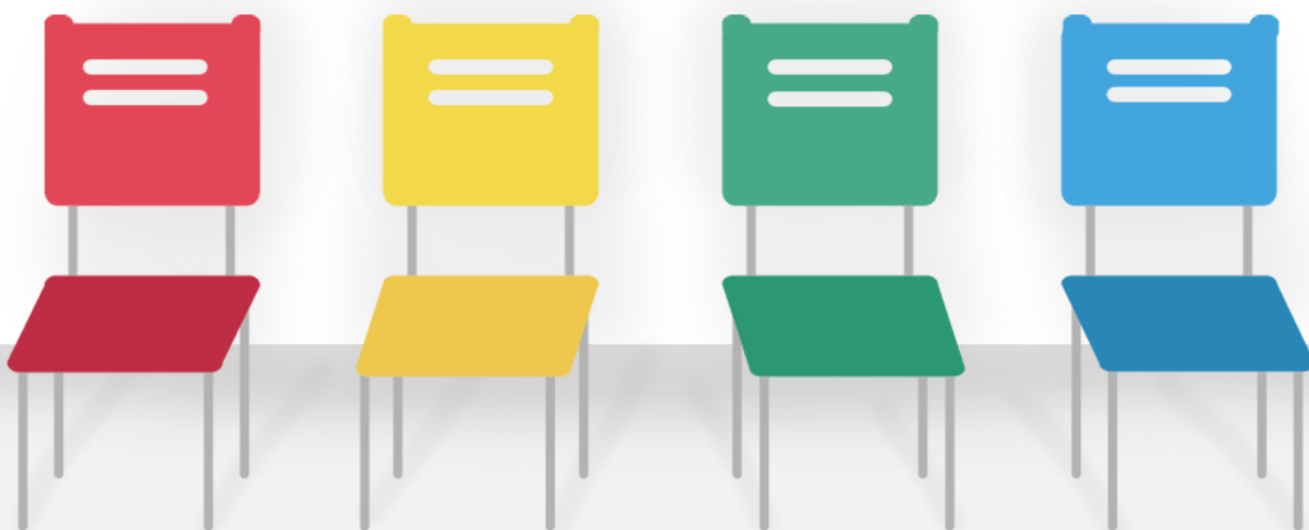


# CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

# **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Florianópolis - SC  
UFSC  
2017**

## **GOVERNO FEDERAL**

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

## **GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA**

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Planejamento e Gestão

Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS

Gerência de Coordenação da Atenção Básica

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

## **NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

## **EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO**

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

Elis Roberta Monteiro

## **AUTORES**

Angela Maria Blatt Ortiga

## **REVISORES**

Luise Lüdke Dolny

Marcos Aurélio Maeyama

Josimari Telino de Lacerda

© 2017 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: [telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)

## CATALOGAÇÃO NA FONTE PELA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

U58c      Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de  
            Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina.  
            Classificação de Risco [Recurso eletrônico] /  
            Universidade Federal de Santa Catarina ; autora,  
            Angela Maria Blatt Ortiga. – Florianópolis : UFSC/  
            Núcleo Telessaúde de Santa Catarina, 2017.  
            38 p. : il.

            Modo de acesso: [telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)

            Inclui bibliografia.

            1. Atenção Básica à Saúde. 2. Protocolos. 3. Saúde  
            pública. I. UFSC. II. Ortiga, Angela Maria Blatt. III.  
            Título.

            CDU: 614

### **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda

Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques

Ilustrações: Catarina Saad Henriques

Design de Capa: Catarina Saad Henriques

### **CURRÍCULO DA AUTORA - ANGELA MARIA BLATT ORTIGA**

Graduada em Enfermagem, Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Saúde coletiva da UFSC. Especialista em Saúde, Pública, Administração Hospitalar e em Metodologias Ativas . Atualmente é Servidora Pública da Secretaria de Estado da Saúde atuando na Gerencia de Coordenação da Atenção Básica – GEABS e no Núcleo Telessaúde-SC.

# SUMÁRIO

---

<b>APRESENTAÇÃO DO CURSO</b> .....	<b>6</b>
<b>Unidade 1</b> - Fundamentação da Classificação de Risco .....	<b>9</b>
<b>Unidade 2</b> - Organização de Protocolos e Fluxogramas de Classificação de Riscos na ABS.....	<b>17</b>
<b>Unidade 3</b> - Classificação geral dos casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica .....	<b>20</b>
<b>Unidade 4</b> - Implantação da Classificação de Risco no Processo de Trabalho da equipe de saúde .....	<b>27</b>

# APRESENTAÇÃO DO CURSO

---

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

## Classificação de Risco!

Este minicurso dá continuidade à discussão feita no minicurso “Introdução ao Acolhimento”.

Os serviços de saúde têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas. A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem uma importante atribuição de ser a porta de entrada principal do sistema de saúde e de ordenar a Rede de Atenção. A ABS tem o papel de identificar as necessidades em saúde e organizar respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente as condições de saúde. Porém ainda temos demandas crescentes para os serviços de emergência que acarretam na necessidade de repensar as políticas e estratégias para lidar com esses acontecimentos.

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é realizar ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação em saúde. Outro desafio é a necessidade de organizar o atendimento à demanda espontânea, principalmente relacionada às doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde visando à organização da Rede de Atenção, buscando qualificar o cuidado de forma integral.

Como vocês já viram no minicurso “**Introdução ao Acolhimento**”, o acolhimento é um fundamento e uma diretriz que possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde por meio de ferramentas que promovem vínculo, corresponsabilização utilizando a escuta qualificada, avaliação integral de necessidades de saúde e análise de vulnerabilidade.

Porém existe um grande vácuo nesta discussão sobre como atender os pacientes que chegam ao serviço com sinais e sintomas agudos que necessitam de uma intervenção imediata.

Uma das ferramentas apontadas para serem utilizadas concomitantes ao acolhimento são os protocolos capazes de classificar e priorizar os atendimentos, diminuindo o tempo de espera e, conseqüentemente, o risco de agravamento do caso, porém não existe consenso sobre o uso dos mesmos nos pacientes agudos e crônicos agudizados na Atenção Básica.

Torna-se necessário intensificar esta discussão e a utilização desta ferramenta em alguns espaços locais para que possamos identificar claramente as suas vantagens e desvantagens na operacionalização do cuidado. Nos ambientes pré-hospitalares e hospitalares esta ferramenta tem-se mostrado bastante eficaz na organização do processo de trabalho das equipes, com melhora das condições de atendimentos dos usuários.

Neste minicurso iremos aprofundar a discussão sobre a Classificação de Risco e sua aplicabilidade em todos os pontos de atenção da rede.

Os seus objetivos de aprendizagem são:

- **Conhecer** a fundamentação teórica sobre o protocolo de Classificação de Risco.
- **Conhecer** estratégias de implantação do acolhimento com classificação de risco no atendimento em unidade de saúde.

Os conteúdos estão divididos em 4 Unidades de Aprendizagem:

<b>UNIDADE 1</b>	Fundamentação da Classificação de Risco.
<b>UNIDADE 2</b>	Atributos da Classificação de Risco.
<b>UNIDADE 3</b>	Classificação geral dos casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica.
<b>UNIDADE 4</b>	Implantação da Classificação de Risco no Processo de Trabalho da equipe de saúde.

Ao final da leitura de cada unidade de aprendizagem você poderá realizar atividades de Autoavaliação para fixação de conceitos importantes.

Para finalizar o curso e receber seu certificado é obrigatória a realização da atividade final de avaliação.

Lembre-se que todas as atividades de avaliação devem ser respondidas também no **Ambiente Virtual Moodle Telessaúde** para verificar se suas respostas estão corretas.

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:



**Palavras do Professor:** Dicas do professor a respeito do tema.



**Saiba mais:** Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



**Para refletir:** Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

**Desejamos à todos um bom curso!**



# Unidade 1

## Fundamentação da Classificação de Risco

# Fundamentação da Classificação de Risco

---

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na **Classificação de Risco** é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade de saúde.

É importante entender que o **primeiro atendimento** precisa ser realizado em **todos os pontos de atenção** (unidades básica de saúde, unidades ambulatoriais, unidades de pronto-atendimento, pronto-socorro e hospitais), e não somente nas unidades de urgência.

Vamos conhecer um pouco sobre este processo que visa qualificar a assistência prestada. Por meio da utilização da **Classificação de Risco** é possível identificar os usuários que estão em maior risco, priorizando-os e com isso organizando o atendimento.

**A Classificação de Risco** é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (ABBÊS; MASSARO, 2004).

**O enfermeiro** tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. Destaque-se que o enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir habilidades para promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a queixa, o trabalho em equipe, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões, assim como capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial a fim de que se efetive a continuidade do cuidado.

Segundo Jiménez (2013), os objetivos da Classificação de Risco em uma unidade de saúde são:

- Avaliar o usuário logo na sua chegada, humanizando o atendimento;
- Descongestionar a unidade de saúde;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o usuário seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;

## Unidade 1

- Determinar a área de atendimento dos usuários (consultório médico ou de enfermagem, sala de observação ou de urgência; sala de verificação de sinais vitais etc.
- Informar os tempos de espera conforme o risco e a vulnerabilidade;
- Retornar informações ao usuário, acompanhante e/ou familiar, sobre a previsão do atendimento, a realização do exame ou outras informações importantes.

É importante ficar bem estabelecido que a Classificação de Risco não é um instrumento de diagnóstico de doença. Seu objetivo principal é estabelecer uma hierarquia conforme a gravidade, determinar a prioridade clínica para o atendimento e não pressupor exclusão, mas sim **estratificação**.

**Estratificação:** “Estratificar significa agrupar, segundo uma ordem, um critério. Estratificar, em doenças crônicas, significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes. Mas, para estratificar, é preciso identificar os riscos de cada indivíduo, que podem ser considerados como leve, moderado ou alto, segundo classificações diversas” (BRASIL, 2014).

Exemplo de estratificação:

“Um exemplo é um guideline de diabetes que estratifica o risco de uma população e determina o fluxo no tempo e espaço, por indivíduo, por uma rede de serviços de saúde e também possibilita mensurar a evolução deste processo. Neste caso, o risco é estratificado a médio e longo prazo. No caso de um quadro agudo, o risco é estratificado na necessidade do tempo de espera pelo primeiro olhar médico e se configura também numa previsão de mortalidade nas primeiras horas, assim como numa previsão da necessidade de recursos para aquela situação. Se esta estratificação for usada como linguagem padrão em todos os níveis de atenção e pela logística do sistema, no caso específico dos pacientes agudos, estará sendo estabelecido um fluxo razoavelmente direcionado, reduzindo a imprevisibilidade das situações de urgência. Por isto, temos recomendado que um protocolo de classificação de risco deveria ser único numa rede integrada de serviços de saúde, pois, aí sim, estaremos utilizando todo o potencial deste instrumento”. (CORDEIRO JÚNIOR, 2009)

O acolhimento com classificação de risco promove algumas mudanças na rotina de trabalho, como:

- Acolhimento de toda a demanda;
- Escuta e oferta de uma resposta positiva;
- Melhora na percepção do usuário quanto à atenção e à assistência a ele dispensadas;
- Muda o foco do atendimento, que sai da doença e vai para a pessoa, humanizando o atendimento.

Além disso, essa mudança torna a assistência oportuna e pontual, contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos (SOUZA; BASTOS, 2008).

## Protocolos de Classificação de Risco

Existem no mundo vários protocolos de Classificação de Risco com destaque para os seguintes:

1. Australiano (Australasian Triage Scale - ATS);
2. Canadense (The Canadian Emergency -CTAS);
3. Norte Americano (Emergency Severity Index -ESI);
4. Andorá (Modelo de Andorrá del thialge -MAT); e o de
5. Manchester (Manchester Triage System MTS).

Estes protocolos foram adotados e/ou influenciaram os protocolos adotados em algumas unidades de saúde brasileiras, o mais conhecido deles é o de **Manchester**.

Até a institucionalização destes protocolos, foram vivenciadas algumas fases da implantação da Classificação de Risco:

**a)** A primeira fase, nos anos 70 e 80, foi mais centrada nas questões éticas da “triagem” e na sua redução de tempo de espera dos pacientes, sendo implantada no Reino Unido e Canadá.

**b)** A segunda fase, na década de 90, a triagem/classificação de risco avançou no processo de pesquisa da validação dos protocolos existentes que eram usados de forma meio intuitiva e com pouca padronização, e deste modo os protocolos descritos no Quadro 1 se consolidaram, internacionalmente.

**Quadro 1.** Características dos principais protocolos de classificação de risco.

Característica	ATS	CTAS	MTS	ESI	MAT
Escala de 5 Níveis	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Utilização universal no País	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
Baseada em categorias de sintomas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Baseados em discriminantes chave	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
Baseado em algoritmos clínicos	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
Baseados em escalas de urgência pré-definidas	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Formato eletrônico	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

**Fonte:** Cordeiro Junior, 2009 apud J.Gimenez: Emergências 2003;15:165-174.

## Unidade 1

Este quadro apresenta as principais diferenças entre estes protocolos e aponta que não existe uma única opção para que se realize classificação de risco. Podemos observar que todos os protocolos utilizam 5 cores. Ao adotar um protocolo, é importante avaliar se possuem escalas pré-definidas, descritores chaves e ou categorias de sintomas, além de fluxogramas e algoritmos clínicos. Os protocolos descritos no **Quadro 1** vêm sofrendo constante atualizações e novas validações conforme vão sendo utilizados.

No Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde foi a **Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**, lançada em 2004 pela Política Nacional de Humanização (PNH) que foi disponibilizada para todo o país e foi implantada em diversos hospitais, como por exemplo, no GHC - Grupo Hospitalar Conceição/ RS (FEIJÓ, 2010).

### SAIBA MAIS

Acesse a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco pelo link:

**Clique Aqui**

Esse protocolo estabelece fluxos de atendimento e classificação de risco por meio da qualificação das equipes, sistemas de informação para determinar o atendimento adequado para cada usuário, visando à qualidade da assistência (BRASIL, 2004).

Outra ferramenta adotada pelo Ministério da Saúde é a **Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**, lançada no ano de 2009, cujo principal objetivo é reafirmar as políticas do Humaniza SUS com a finalidade de consolidar as redes assistenciais e fortalecer o vínculo entre: usuários, profissionais de saúde e gestores. Também tem finalidade humanitária e acolhedora e segue a mesma classificação da cartilha de 2004 (BRASIL, 2009).

### SAIBA MAIS

Para acessar a Cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência:

**Clique Aqui**

## Unidade 1

O Ministério da Saúde, a partir de 2004, editou cartilhas vinculadas à Política Nacional de Humanização – PNH, estimulando as unidades à utilização de protocolos de classificação de risco, porém nenhum destes manuais apresenta um protocolo com uma metodologia e fluxogramas estabelecidos.

Existem documentos disponibilizados por unidades hospitalares e prontos-socorros de domínio público que apresentam fluxogramas para auxiliar a classificação de risco como exemplo de Belo Horizonte/MG, São Luiz /MA, Fortaleza /CE entre SMS de Goiânia, entre outros.

### SAIBA MAIS

Para conhecer as experiências dos municípios acesse os links:

Belo Horizonte : [Link](#)

São Luiz: [Link](#)

Fortaleza: [Link](#)

Goiânia: [Link](#)

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou o Caderno da Atenção Básica número 28, volume II, que apresenta uma proposta mais estruturada de classificação voltada para a **demanda espontânea**, com fluxogramas orientados por sinais e sintomas das queixas mais comuns para a Atenção Básica.

Como dito anteriormente, os protocolos internacionais utilizam 5 cores para classificação do risco. Já os protocolos cuja referência é a Cartilha de Acolhimento com **Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS** utilizam 4 cores - **vermelho**, **amarelo**, **azul** e **verde**.

E importante lembrar que a adoção de protocolos de classificação de risco podem exigir ajustes para atender as demandas locais. O caderno número 28 (volume II) é uma possibilidade de iniciar esse processo e um ponto de partida para a organização do trabalho coletivo na unidade básica de saúde. Os fluxogramas adotados devem sempre ser adaptados, enriquecidos, testados e ajustados considerando a singularidade e o contexto de cada lugar.

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 é a primeira portaria que trata deste tema e regulamenta que no Brasil, os serviços de urgências e emergências devem implantar o acolhimento e a “triagem classificatória de risco” nas unidades de atendimento às urgências. Esse processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, tendo por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

Esta primeira portaria foi complementada em 2011 pela Portaria GM/MS nº 1600, de 7 de julho, que reformulou a Política de Atenção à Urgência e estipulou prazo para as unidades hospitalares adotarem um protocolo de Classificação de Risco nos pontos de Atenção à Urgência, porém, deixou livre para que estados, municípios e prestadores de serviço definissem o protocolo a ser adotado (BRASIL, 2011a).

# Unidade 2

## Organização de Protocolos e Fluxogramas de Classificação de Risco na ABS

# Organização de Protocolos e Fluxogramas de Classificação de Riscos na ABS

## Atributos da Classificação de Risco

Para a classificação de risco, o ideal é a utilização de uma linguagem única em todos os pontos de atenção da rede.

O protocolo de Classificação de Risco deve atender aos seguintes atributos:

- Nomenclatura comum: é a utilização da mesma taxonomia, ou classificação por todos os profissionais que utilizam o protocolo. Ex: cores de classificação, tempo de espera etc;
- Definições comuns: são conceitos para padronizar as condutas e auxiliar a classificação. Ex: dor moderada, classificada por meio da escala da dor padronizada no protocolo;
- Metodologia sólida: ter claramente descrita a metodologia a ser utilizada, testada para dar mais segurança a quem aplica e recebe o protocolo;
- Programa de Formação: existência de cursos de formação dos classificadores e auditores do protocolo;
- Guia de Auditoria: roteiro que orienta como a unidade que utiliza o protocolo deva fazer a auditoria para o acompanhamento e monitoramento do processo;
- Não estabelecer diagnóstico: a utilidade do protocolo não tem o objetivo de fazer diagnóstico, mas identificar os riscos e a vulnerabilidade e priorizar o atendimento.



O que os serviços de saúde, gestores e usuários esperam que aconteça na organização do serviço quando implantamos a Classificação de Risco?





Segundo Melo, (2013) a Classificação de Risco sozinha não resolve os problemas da urgência, mas ela é um dos instrumentos necessários para que o serviço prestado seja mais resolutivo e, principalmente, para qualificar a entrada do usuário no serviço, pois é realizada sempre por profissional de nível superior (enfermeiro ou médico), devendo ser disponibilizados formação ou curso específico para realizar esta atividade. A Classificação de Risco cria o encaminhamento responsável com garantia de acesso à rede, reduzindo o tempo de espera do usuário e identificando casos que poderiam se agravar se o atendimento fosse postergado. Precisamos entender que somente a classificação de risco não resolve os problemas da urgência. Outra possibilidade de intervenção com a classificação de risco é diminuir a ansiedade de usuários e acompanhantes, pois eles são mais bem amparados em sua necessidade de atendimento além de orientados sobre o tempo de espera para o atendimento conforme o grau de risco.

### Como organizar Protocolos e Fluxogramas de Classificação de Risco

Para a classificação de risco, o ideal é a utilização de uma linguagem única em todos os pontos de atenção da rede.

O caderno da atenção básica nº 28 que apresenta protocolos para classificação de risco apresenta uma revisão bibliográfica sobre os principais agravos da Atenção Básica e em cada um dos agravos apresenta fluxogramas para classificação conforme o exemplo de dor lombar aguda que será apresentado mais a frente.

Segundo Werneck (2009), o Fluxograma é uma “representação gráfica da definição, análise e solução de um problema, na qual são empregados símbolos geométricos e anotações simbólicas – diagrama de fluxos”.

Desta forma, em muitas situações, para ordenar e estabelecer os fluxos das ações de um protocolo é recomendável a utilização de **algoritmos**. Para seu emprego, é fundamental o conhecimento dos símbolos e seus significados com a finalidade de se ter a correta elaboração dos fluxogramas que acompanham e explicam o “acontecer” de protocolos no interior das redes de saúde. Em alguns agravos são apresentados **Algoritmos** que auxiliam as condutas clínicas dos profissionais da saúde. Para entender melhor o que é um algoritmo consulte um exemplo na página 69 do caderno II da Atenção Básica exacerbação da asma.

**Algoritmos:** “conjunto pré-determinado e bem definido de regras e processos, destinados à solução de um problema, com número finito de etapas” (WERNECK,2009).

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor lombar aguda que procuram atendimento na AB.

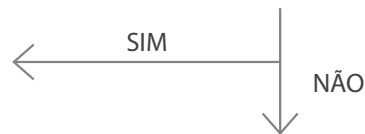
## Acolhimento à Demanda espontânea - Queixas mais comuns na Atenção Básica

### Paciente com queixa de dor lombar aguda:

#### Atendimento médico imediato, a fim de estabilizar o quadro

Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência. Considerar outras medidas a depender do diagnóstico específico. Retorno breve após alta.

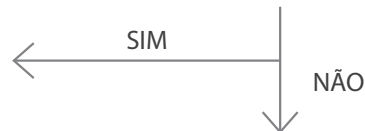
Apresenta comprometimento de vias aéreas, dispnéia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica) ou alteração do nível de consciência? Febre alta? Dor severa/incapacitante? Dor abdominal?



#### Atendimento prioritário

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) e atendimento pelo médico para iniciar o tratamento de causas específicas. Considerar febre reumática. Avaliar a necessidade de referenciar a um serviço de urgência, em caso de suspeita de abscesso. Retorno breve para a reavaliação do quadro.

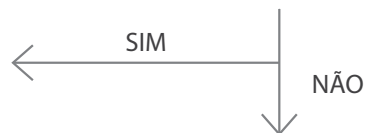
Dor moderada? Novos sintomas e/ou sinais neurológicos (alteração e/ou perda da sensibilidade, enfraquecimento dos membros, alteração do funcionamento da bexiga e/ou intestino)? Traumatismo direto da região lombar? Febre?



#### Atendimento no dia

Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.

Dor? Algum problema recente?



#### Intervenção programada não é urgente

Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar as necessidades de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

## Unidade 2

Em cada classificação deve ser identificado o tempo alvo para realizar o atendimento. Na Atenção Básica temos a seguinte classificação:

1. **VERMELHA** : atendimento imediato;
2. **AMARELA**: é prioritária e precisa ser atendida no mesmo turno, preferencialmente não passar de 60 minutos;
3. **VERDE**: deve ser atendida no dia;
4. **AZUL**: será agendado conforme disponibilidade da agenda e do risco e vulnerabilidade do caso.

Esta ordenação é necessária pois a ABS normalmente tem seu expediente no horário das 08:00-12:00 e das 13:00-17:00 horas.

Em unidades com turnos interruptos como pronto-atendimento, pronto-socorro, Unidade de Pronto Atendimento o tempo de atendimento é definido por minutos, sendo que na maioria dos protocolos a classificação **verde** corresponde a 120 minutos e o **azul**, 240 minutos. Como estes pacientes não têm risco eminente de morte, a eles é orientado que o atendimento pode ser demorado, conseqüentemente poderão ficar horas esperando para serem atendidos, pois sempre que chegar um paciente em estado que requer maior cuidado (**vermelho**, **laranja** e **amarelo**, dependendo do protocolo implantado) estes terão sua vez priorizada.

# Unidade 3

**Classificação geral dos casos de  
Demanda Espontânea na  
Atenção Básica**

# Classificação geral dos casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica

Para compreender melhor a forma como o Ministério da Saúde propõe a Classificação de Risco no protocolo apresentado no Caderno de Atenção Básica 28, v. II passaremos agora a detalhar a forma de priorização e classificação da demanda espontânea por cada tipo de classificação e sua cor correspondente (BRASIL, 2011).

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer.

Para facilitar a sua compreensão de como acontece o acolhimento com classificação de risco, após cada situação será apresentado um exemplo de caso clínico.

**Quadro 2.** Características do Protocolo de classificação de risco da Atenção Básica.

Tipo	Classificação de Risco	Prioridade	Tempo alvo
1	<b>Imediato</b>	<b>Vermelho</b>	0 min
2	<b>Prioritário</b> (risco moderado)	<b>Amarelo</b>	Deve ser realizado entre 10 e 60 min (no mesmo turno)
3	Atendimento no dia ( <b>risco baixo</b> ou ausência de risco com vulnerabilidade importante). Situação aguda ou crônica agudizada	<b>Verde</b>	Atendimento no dia
4	Programático conforme agenda. <b>Situação não aguda</b>	<b>Azul</b>	Conforme agenda da Unidade e avaliação da situação

**Fonte:** Adaptado do Caderno 28, v. II da AB, 2011.

## Situação não aguda – Azul:

Será avaliado e definido o agendamento dentro das ações programáticas, contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, a vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa. Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (Exemplo: teste de gravidez);
- Agendamento/programação de intervenções.

## Exemplo de caso:

A.M.G., 28 anos, procura a unidade com uma criança de colo de 10 meses para realizar uma consulta médica à criança, pois acha que as vacinas estão em atraso, mas perdeu a carteira de vacinação. Refere que fez todas as vacinas naquela unidade de saúde. A funcionária que trabalha na recepção na parte administrativa da unidade conversa com a mãe, faz o acolhimento e orienta que ela será atendida pela enfermeira, mas antes da consulta a técnica de enfermagem da sala de vacinação providenciará a segunda via da carteira de vacinação. No atendimento com a enfermeira a mãe relata que está com atraso na menstruação e acha que está grávida. A enfermeira, conforme o protocolo do município, solicita um BHCG e orienta como proceder para reagendar à consulta na unidade. Realiza a consulta de acompanhamento, crescimento e desenvolvimento da criança, e encaminha para a sala de vacinação para receber a 3ª dose das vacinas TETRA e Sabin que estavam em atraso. É realizada uma orientação sobre a vacinação e sobre métodos contraceptivos, fornece preservativo masculino “camisinha” até o resultado do exame de gravidez (BHCG).

Neste caso clínico, observa-se que se trata de um paciente **não agudo**, pois não possui nenhuma queixa clínica (sintoma), porém possui várias necessidades às quais precisam de ofertas diferentes que podem ser resolvidas na própria UBS.

# VERDE

## **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) – Verde:**

Situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais.

**Exemplos:** disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

### **Exemplo de caso:**

Uma família chega à unidade de saúde sem consulta agendada e solicita uma consulta médica para o filho G.M.C. de 8 anos, que está com tosse há uma semana, mas hoje teve piora do quadro, no momento está tossindo bastante e está afebril, mas teve febre de 38,5 °C no dia anterior. Foram acolhidos e encaminhados para a classificação de risco, que foi realizada pela enfermeira da unidade. Ela realiza entrevista, verifica sinais vitais e com base no fluxograma de tosse, classifica G.M.C. como um paciente de baixo risco (**verde**), então opta por agendar uma consulta com o médico da unidade para o período vespertino, pois o caso não requer uma intervenção imediata. Orienta a retornar para casa, tomar bastante líquido, principalmente água e, caso houver alteração do quadro, retornar à unidade. Se possível, verificar se apresentar aumento de temperatura e continuar tomando os remédios prescritos na consulta médica realizada no início da semana. No período vespertino G.M.C. foi atendido pelo médico. Foram mantidas as orientações realizadas pela enfermeira, sem alteração da prescrição médica.

O caso clínico demonstra que o usuário possui **baixo risco** e que poderia aguardar a consulta conforme demanda do agendamento (período vespertino). A classificação de risco ajuda a organização da agenda, pois, do contrário, todos os usuários que chegarem à unidade seriam classificados como prioritários, não respeitando a ordem dos atendimentos programáticos.

**É imprescindível avaliar o horário da chegada** pois ao classificador e/ou o responsável pela definição de alteração da agenda médica pode agendar atendimento para pacientes agudos (sem risco), e até o final do turno podem procurar a unidade pacientes que necessitem realmente de atendimento prioritário, e a agenda já está completa. Sabemos que o tempo de atendimento por turno tem uma previsão de atendimentos a ser realizada. Desta forma, não podemos superlotar a agenda médica, indica-se a classificação de risco como uma forma de melhorar esta ordenação.

# AMARELO

## Atendimento prioritário (risco moderado) – Amarelo:

Necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia a ordem de atendimento.

**Exemplos:** crise asmática leve e/ou moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa.

### Exemplo de caso:

Menor A.C.N.A., 5 anos, chegou à unidade de saúde às 11 horas. Veio acompanhada da mãe, frequente a pré-escola, apresentou na noite passada febre alta, dor cabeça intensa, vômitos em jato, sendo conduzida pela mãe para o Hospital Geral do Município, onde foi medicada e retornou para casa. Acordou hoje com os mesmos sintomas, neste momento apresenta febre de 38 °C, e já teve dois episódios de vômitos em jato. Após serem acolhidas na recepção da unidade, foram encaminhadas para a classificação de risco realizada pela enfermeira da unidade. A enfermeira realiza uma entrevista e verifica sinais vitais, e com base no fluxograma de diarreia e vômito, classifica A.C.N.A. como um paciente de risco moderado (**amarelo**). Requer uma intervenção imediata. Desta forma, esta criança deve ser a próxima consulta de atendimento do médico, mesmo ainda havendo consultas agendadas que não foram atendidas. Orienta os demais usuários que estão aguardando a sua consulta sobre a necessidade da criança A.C.N.A. ser atendida antes das consultas programadas e explica as razões desta conduta. A criança foi atendida pelo médico que prescreveu medicação endovenosa para cessar o vômito; além de remédio de horário via oral, para febre, solicitou exames de patologia clínica. Orientou a retornar à unidade caso ocorrer alteração do quadro.

Os casos classificados como **Amarelo**, apesar de o livro da Atenção Básica indicar o tempo alvo da resposta ser no mesmo turno, indica-se pelas normativas de outros protocolos que o tempo alvo ideal seria de 10 minutos, não ultrapassando 60 minutos. Este caso clínico demonstra que em casos agudos classificados como **amarelo** precisa ser alterada a agenda da unidade para ter todo um preparo da equipe em orientar os demais usuários que estão com consulta programada agendada por horário, evitando conflitos. Por isso é importante que todos os profissionais atuantes na Unidade de saúde entendam este processo novo que inclui a classificação de risco. No caso apresentado, a mãe é acolhida por vários profissionais, sendo que alguns interagiram com a mesma antes da classificação e outros após a realização da consulta médica (Ex.: recepção enfermeira, administrativo para agendamento dos exames, técnicos de enfermagem na orientação dos demais usuários).



# VERMELHO

**Situação aguda ou crônica agudizada – Atendimento imediato (alto risco de vida) – Vermelho:**

Necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, **obrigatoriamente com a presença do médico.**

**Exemplos:** Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.

## **Exemplo de caso:**

J. M. S., 67 anos, aposentado, casado, procurou a unidade de saúde, acompanhado de sua esposa, para verificar a pressão e a glicemia capilar. Foi atendido pelo técnico de enfermagem, refere ter diabetes e insuficiência renal crônica. É obeso, ex-fumante, em uso de diazepam e captopril 50mg. Queixa-se de forte dor de cabeça, sudorese principalmente na cabeça há dois dias, no momento. Pressão arterial: 160/80 mmHg, glicemia capilar 450, pulso: 100 bpm, frequência cardíaca: 95 bpm, frequência respiratória: 18 mpm, o pulso está irregular e a pele fria, está com dispneia, com dificuldade de responder frases curtas. Seu peso é 98 kg, altura: 1,80 m, circunferência abdominal: 111 cm. O técnico chama a enfermeira que realiza uma entrevista e com base nos sinais vitais e no fluxograma de alteração glicêmica, classifica J.M.S. como um paciente de **risco imediato (vermelho)**. J.M.S. foi colocado na maca da sala de triagem e o médico foi chamado, a cabeceira da maca foi elevada e foram verificados frequentemente seus sinais vitais pelo técnico de enfermagem. Após avaliação do médico, foi administrada medicação para diminuir os níveis pressóricos e glicêmicos, puncionado veia periférica, mantido com soro fisiológico, o usuário ficou em observação na unidade por algumas horas para reavaliação médica e definição de necessidade de encaminhamento para uma unidade de emergência.

Neste caso clínico participaram do acolhimento o técnico de enfermagem, a enfermeira e o médico, trata-se de um caso grave que apresenta **risco de morte**. Neste caso a agenda médica de consulta fica suspensa enquanto é atendida esta emergência, e os demais usuários devem ser orientados.

## Unidade 3

É importante ficar claro que o acolhimento é, e deve ser, realizado por toda a equipe de saúde, porém, a Classificação de Risco, deve ser realizada somente por profissional de nível superior com capacitação específica para o protocolo que está sendo padronizado na unidade.

Algumas profissões têm este papel regulamentado, como é o caso da enfermagem. Em 2012 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou uma resolução que determina a obrigatoriedade da realização da Classificação de Risco exclusivamente por profissionais enfermeiros, excluindo técnicos e auxiliares de enfermagem dessa atividade, podendo estes apenas auxiliar e apoiar o enfermeiro na avaliação dos indivíduos.

### SAIBA MAIS

Assista ao filme  **neste link** - Carregado por Jane Sordi. Os desafios apresentados estão relacionados à falta de compreensão em relação às consultas emergenciais.

### SAIBA MAIS

- 1) Para leitura da Resolução COFEN 423/2012 na íntegra, acesse o link: **Clique aqui**
- 2) Se você quiser saber mais sobre o uso de protocolos de Classificação de Risco na ABS acesse os textos de apoio que apresentam experiências sobre o tema:

Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família: **Clique aqui**

Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária: Percepção dos Profissionais de Enfermagem: **Clique aqui**

Para a implantação do protocolo é importante seguir alguns passos. Falaremos sobre eles no próximo tópico.

# Unidade 4

**Implantação da Classificação de Risco no Processo de Trabalho da equipe de saúde**

# Implantação da Classificação de Risco no Processo de Trabalho da equipe de saúde

Para iniciar é importante a sensibilização interna da equipe da unidade e/ou município que vai implantar o protocolo. Deve ser realizada reunião com todos os profissionais da unidade para apresentar o protocolo e para que os profissionais entendam as mudanças que o protocolo trará à rotina da unidade de saúde.

Indica-se que a classificação deve ser implantada em todas as unidades do município, pois somente o uso em uma unidade de saúde não traz benefícios e gera conflitos com os usuários, que não compreendem porque somente nesta unidade é utilizada tal sistematização.

Deve-se fazer a sensibilização externa por meios de comunicação como rádio e jornais locais para divulgar a implantação deste processo nos serviços de saúde. Se possível, deve-se fazer um folder ilustrativo para ser entregue aos usuários no momento da Classificação de Risco. Veja o exemplo a seguir:

**SUS** **Rede de Atenção à Saúde - Santa Catarina** **SANTA CATARINA**

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O tempo a favor da vida nos hospitais e prontos atendimentos das Macrorregiões Nordeste e Planalto Norte.

### Como funciona o Acolhimento com Classificação de Risco?

A classificação é feita por meio de cores. Cada uma representa o grau de gravidade do paciente. A escala de prioridade começa com a cor vermelha, que representa emergência absoluta, até a cor azul para casos não urgentes. Veja abaixo o que cada cor significa:

- VERMELHA**: Risco imediato de perder a vida. **EMERGÊNCIA ABSOLUTA**
- LARANJA**: Risco imediato de perda de função de órgãos ou membros. **ATENDIMENTO MUITO URGENTE**
- AMARELA**: Condição que pode agravar sem atendimento. **ATENDIMENTO URGENTE**
- VERDE**: **ATENDIMENTO POUCO URGENTE**
- AZUL**: **ATENDIMENTO NÃO URGENTE**

### PRIORIDADE NO ATENDIMENTO PARA SALVAR VIDAS

#### O que é Acolhimento com Classificação de Risco ?

Cada minuto é precioso para salvar uma vida. Pensando nisso, a Secretaria Estadual da Saúde e os Municípios das Macrorregiões do Nordeste e Planalto Norte estão implantando o Acolhimento com Classificação de Risco. Ao chegar aos hospitais e prontos-atendimentos, os pacientes são acolhidos por enfermeiros preparados para avaliar a demanda e classificar a urgência do atendimento segundo uma escala internacional. O objetivo é que cada paciente receba atendimento mais adequado no lugar certo, no tempo correto e com qualidade: quanto mais grave o estado de saúde, mais rápido deve ser atendido. Isso é Classificação de Risco.

## Unidade 4

A unidade de saúde pode confeccionar também um banner ilustrativo orientando sobre as cores utilizadas no protocolo.

Outra forma de sensibilização pode ser realizada no início de cada turno de atendimento, por uma pessoa da equipe, fazendo a orientação para os usuários que serão atendidos, informando sobre o protocolo, como ele funciona, que mudanças ele trará na forma de funcionamento da unidade. É importante deixar um espaço de escuta para que os usuários tirem dúvidas. É necessário também que a escala de profissionais classificadores (médicos e/ou enfermeiros) cubra todo o horário de funcionamento do serviço.

Deve haver no mínimo uma sala para a classificação de risco. Esta deve, preferencialmente, estar localizada próxima à porta de entrada do serviço, possibilitando que o profissional classificador tenha uma visão dos usuários que aguardam para serem classificados e/ou atendidos, preservando, entretanto, a privacidade do paciente.

### Material indicado para a sala de classificação de risco:

- Manual de classificação de risco (manual do serviço);
- Termômetro (timpânico ou digital);
- Glicosímetro;
- Relógio;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Material para identificação da prioridade clínica do usuário (ex: pulseiras, adesivos na ficha de classificação ou prontuário, carimbo, etc.) em alguns ambientes opta-se em definir a cor da classificação na cor das cadeiras da recepção ou (sala de espera) além da ficha de registro da classificação de risco.

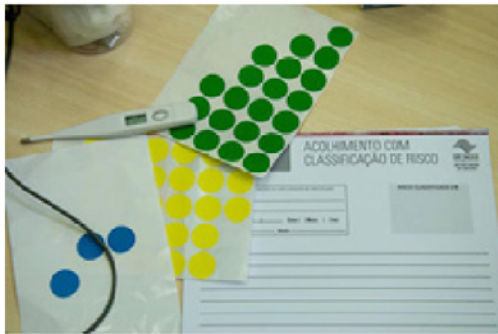
Apresentamos aqui alguns exemplos de como as unidades fazem a orientação e a identificação da Classificação de Risco.



Fonte: SMS de Três Lagoas

## Unidade 4

### Pulseiras e Adesivos



Santa Casa de Misericórdia de Itapeva-SP



SMS Joinville / PA Norte

### Banner e ambiência



Santa Casa de Misericórdia de Itapeva-SP



Hospital Municipal de Maringá-PR

Também é importante realizar os registros obrigatórios. A unidade pode criar uma ficha específica de classificação de risco ou estas informações devem ser anotadas no próprio prontuário do usuário:

- Data e hora da classificação;
- Queixa de apresentação;
- Fluxograma escolhido conforme o protocolo;
- Discriminador selecionado (sinais e sintomas que identificou dentro do fluxograma escolhido que orienta a classificação);
- Prioridade escolhida definidas no protocolo (**vermelho, amarelo, verde, azul**);
- Parâmetros pedidos (verificados sinais vitais, glicemia capilar, saturação de O2 e exames que o usuário tenha disponível);
- Indicações (agendamento imediato, encaminhado para outro serviço, solicitação de exames, etc).

### SAIBA MAIS

Veja alguns exemplos de ficha de classificação de risco:

1. PROTOCOLO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA E PRINCIPAIS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS da Prefeitura de Belo Horizonte (veja página 26): [Clique aqui](#)
2. FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO INFANTIL da Prefeitura de Campo Grande: [Clique aqui](#)

## Unidade 4

É fundamental que a instituição defina fluxos de encaminhamentos dos pacientes a partir da classificação. Uma sugestão é criar pranchetas pelas quais o médico pode imediatamente chamar o paciente de maior risco ficando os demais na agenda programática por horário ou dia agendado, conforme imagem:

O paciente **vermelho** (e o **laranja** existente em alguns protocolos) raramente será encaminhado para o consultório médico. Ele deverá ser atendido em uma sala de observação ou na própria sala de Classificação de Risco, pois é um atendimento de emergência e poderá ficar na maca estabilizando e/ou aguardando transporte pelo SAMU, ambulância do município ou meios próprios, quando autorizado pelo médico.

Concluída esta fase teórica de aprendizagem, você terá condições de iniciar a reflexão para o atendimento aos casos que procuram a demanda espontânea em sua unidade, e terá o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde para nortear as ações de sua equipe.

Tenha sempre disponíveis e consulte os **Cadernos de Atenção Básica nº 28, Volumes I e II – Acolhimento à Demanda Espontânea** sempre que necessitar.



**Fonte:** SMS Joinville / PA Norte

### SAIBA MAIS

Caderno Atenção Básica nº28 – Volume I - [Clique aqui](#)

Caderno Atenção Básica nº28 – Volume II - [Clique aqui](#)

Lembrando que os protocolos apresentam limites, nem sempre conduzindo às mudanças no processo de trabalho, eliminando tensões e conflitos ou respondendo às demandas de cada paciente. Nesses casos, é importante que os profissionais se preparem para enfrentar situações imprevistas sem perder de vista os objetivos de um processo de trabalho integrado e factível de ser avaliado (WERNECK, 2009).

# CONCLUSÃO

---

O acolhimento com classificação de risco tem sido apontado como um facilitador na organização do Serviço, associado à melhoria na humanização do atendimento aos usuários.

Quanto à adesão dos profissionais ao programa, no início, existe uma certa resistência, principalmente dos médicos, porém, com o passar do tempo, mediante a gradativa compreensão da realidade prática a aceitação ganha adeptos.

Alguns fatores que seguramente impulsionaram todo o processo: desejo da gestão/direção em humanizar e qualificar o atendimento, porém existe uma necessidade de investimentos para melhorar a estrutura física (ambiência) e de recursos humanos; a busca pela melhoria contínua dos processos de atendimento e envolvimento gradativo dos profissionais de saúde.

Dentre os fatores que dificultaram o desenvolvimento constam: demanda maior que a oferta, e a necessidade de contratação de mais profissionais.

Considera-se que o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco ainda necessita de muitos ajustes, mas, mediante a definição clara das etapas que compõem o fluxo de atendimento, associado à priorização da atenção aos que apresentam maior agravo, o serviço se torna mais organizado, humano e seguro.

Lembre-se que, em caso de dúvidas sobre o conteúdo ou sobre as atividades do minicurso, o Núcleo Telessaúde SC dispõe de uma ferramenta denominada **teleconsultoria assíncrona** pela qual você pode enviar perguntas que são respondidas em até 72h úteis.

<http://telessaude.sc.gov.br>





# Referências Bibliográficas

---

ABBÊS C.; MASSARO A. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um Paradigma**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília-DF. Série B. Textos básicos em Saúde. 1a Edição. 2004. disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. II, 2012.290 p. disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/publicacoes\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/publicacoes_ab/caderno_28.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, DF, Brasília, 12 nov. 2002. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1600 de 7 de julho de 2011. Reformula a PNAU e institui a Rede de Urgência e Emergência (RUE) a criação da Força Nacional de Saúde. Brasília, 2011 **Diário Oficial da União**,DF, 08 julho 2011. nº 130, Seção 1, p. 69.

COFEN. **Resolução 423/09/04/2012** Regulamenta a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html) acessado: 11/02/2014.

JIMÉNEZ J.G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. **Emergencias**. 2003; 15: 165-74.

MELO, Maria do Carmo Barros de. **Urgência e Emergência na atenção primária à saúde**. Maria do Carmo Barros de Melo e Nara Lúcia Carvalho da Silva, Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 123p.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço** / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.84p.

SOUZA, Raíssa Silva & BASTOS Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com Classificação de Risco: O Processo vivenciado por profissional enfermeiro. Rev. Min. Enferm.;12(4): 581-586, out./dez., 2008FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda tendida no pronto socorro de um hospital escola**. 2010. 112 p. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>. Acesso em: 26 fev.2012.

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>> Acesso em: 12 mar. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48 p.- (Série B.Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 56 p.- (Série B. Textos Básicos de saúde).

OLIVEIRA, D. A. de; GUIMARÃES, J. P. **A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência**. Caderno Saúde e Desenvolvimento | vol.2 n.2 | jan/jun 2013

RONCATO, P. A. Z. B.; ROXO, C. de O.; BENITES, D. F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2012.  
Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-4/1048.pdf>

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. de C. **Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária: Percepção dos Profissionais de Enfermagem**.  
Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/523>

**Os desafios apresentados estão relacionados à falta de compreensão em relação às consultas emergenciais**. Postado por Jane Sordi em 06/12/2011.  
Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5NtPRfsnlio>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

CORDEIRO JÚNIOR Welfane. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. RAHIS - **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jan/jun 2009. p 23-28.  
Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/download/787/663>