

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

JULIANA SOUSA ALCÂNTARA

**PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE AÇOLHIMENTO PARA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SÃO ROMÃO,
MINAS GERAIS**

SÃO ROMÃO, MINAS GERAIS
2014

JULIANA SOUSA ALCÂNTARA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO PARA UNIDADE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SÃO ROMÃO, MINAS
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Pós-Graduação.

Orientador: Prof^a. Isabela Silva Cancio Velloso

SÃO ROMÃO, MINAS GERAIS
2014

JULIANA SOUSA ALCÂNTARA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO PARA UNIDADE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SÃO ROMÃO, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1

Examinador 2

SÃO ROMÃO, MINAS GERAIS
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho que me proporcionou muita satisfação e emoções a toda minha família, extensa e nuclear, Aos meus amigos, que em alguns momentos não puderam contar com minha companhia. A todos os colegas de trabalho e usuários da Unidade Mista de Saúde de São Romão que puderam e aceitaram participar deste estudo. Aprendi e sigo aprendendo muito com todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me guia por todos os caminhos, dando-me forças para continuar a minha caminhada.

Aos meus pais Nícia Rocha Sousa Alcântara e Hélio Wanderley Alcântara a conquista deste título de especialista. É importante para eu dar continuidade na educação que, por vocês, me foi proporcionada ao longo dos meus anos de vida, vocês acreditaram na minha capacidade, abdicaram e renunciaram para que eu tivesse um dia melhor, nada mais justo do que ser eternamente grata.

Ao meu noivo Sebastião Rodrigo Rocha Almeida pela compreensão e apoio em todas as etapas da minha evolução com os meus estudos e na minha profissão.

Pelo direcionamento da minha orientadora Isabela Silva Cancio Velloso.

“() Muitas vezes basta ser:

 Colo que acolhe,
 Braço que envolve,
 Palavra que conforta,
 Silêncio que respeita,
 Alegria que contagia,
 Lágrima que corre,
 Olhar que acaricia,
 Desejo que sacia.

E isso não é coisa de outro mundo,

 É o que dá sentido à vida.

 É o que faz com que ela

 Não seja nem curta,

 Nem longa demais,

 Mas que seja intensa,

 Verdadeira e pura...

 Enquanto durar...”

Cora Coralina

RESUMO

O estudo a seguir enfatizou a importância da ferramenta do acolhimento no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde, reconhecendo que, este, constitui uma forma de organizar o trabalho em saúde, sendo fundamental para garantir aos usuários um acesso mais humanizado e equânime. Dado a importância do acolhimento, suas eventuais falhas podem ser altamente danosas ao serviço que se pretende oferecer, comprometendo assim, o estado de saúde do paciente. Este estudo visa elaborar e propor um protocolo de acolhimento com classificação de risco através do Sistema de Triagem Manchester na Unidade Mista de São Romão, a partir oficinas crítico-reflexivas sobre a Atenção Primária à Saúde de São Romão, Minas Gerais. No primeiro momento foi feita uma oficina crítico reflexiva com a equipe de saúde da unidade, para levantamento dos nós críticos da Unidade de Saúde de São Romão, bem como um plano de ação para resolução do mesmo. A implantação do protocolo de acolhimento foi visto pela equipe multiprofissional como ação fundamental e imprescindível para a reorganização e prestação de atendimento de qualidade da APS. Assim, após muita discussão e reflexão, foi proposto um protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado no protocolo de Manchester e nas demandas dos usuários da Unidade Mista de São Romão. O acolhimento com classificação de risco proporcionará ao atendente solidariedade e maior profissionalismo, aumentando a qualidade do serviço ofertado e produzindo um profissional consciente que desenvolverá um atendimento mais humanizado, sem prejuízo do respeito e da tolerância com o usuário. O protocolo proposto pressupõe o acolhimento por meio de uma escuta qualificada e humanizada, capaz de dar uma resposta ao usuário do serviço, garantindo-lhe acesso e atendimento com qualidade e compromisso colocando, assim, em prática os princípios do SUS.

Palavra Chave: Atenção Primária à Saúde, Programa de Saúde da Família, Avaliação da Atenção Básica, Assistência ao Paciente, Acolhimento, Acolhimento com Classificação de Risco, Sistema Manchester.

ABSTRACT

The study then emphasized the importance of the host tool in the work process of Primary Health Care, recognizing that this is a way of organizing work in health, being essential to ensure users a more humane and equitable access. Given the importance of welcoming, their possible failures can be highly damaging to the service you want to offer, thus compromising the health of the patient. This study aims to develop and propose a protocol host with risk rating through the Manchester Triage System in Joint Unit Sao Romao, from critical-reflective workshops on Primary Health Sao Romao, Brazil. At first was made a critical reflective workshop with the unity of the healthcare team to survey the critical nodes of Sao Romao Health Unit, as well as an action plan to resolve the same. The implementation of the host protocol was seen by the multidisciplinary team as fundamental and indispensable action for the reorganization and delivery of PHC quality of care. So after much discussion and reflection, a protocol host with risk classification was proposed, based on the Manchester protocol and the demands of users of the Joint Unit Sao Romao. The host with risk rating will provide the clerk solidarity and greater professionalism, increasing the quality of service offered and producing a conscious professional who will develop a more humanized care, with due respect and tolerance with the user. The proposed protocol assumes the host by a qualified hearing and humanized, able to respond to the service user, guaranteeing access and quality care and commitment, thus putting into practice the principles of SUS.

Key words: Primary Health Care, The Family Health Program, Evaluation of Primary Care, Patient Care, Home, Home with Risk Rating, Manchester system.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS -	Atenção Básica à Saúde
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
CMS -	Conselho Municipal de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PNH -	Programa Nacional de Humanização
PSF -	Programa de Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
STM -	Sistema de Triagem Manchester
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCR -	Triagem com Classificação de Risco
UAPS -	Unidade de Atenção Primária à Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	11
2- JUSTIFICATIVA.....	14
3- OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4- METODOLOGIA	16
5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
5.1 Caracterizando a Atenção Primária à Saúde.....	20
5.2 A Importância do Acolhimento na Atenção Primária à Saúde	23
5.3 Conhecendo o Sistema de Triagem Manchester.....	26
6- PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MANCHESTER NA UNIDADE MISTA DE SÃO ROMÃO – MG.....	29
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERENCIAL TEÓRICO.....	34

1 INTRODUÇÃO

O acolhimento representa uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH). Acolher significa prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade, mais ético, humanitário e solidário, cujo principal objetivo é que sejam colocados em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como equidade, universalidade, acessibilidade e integralidade, respeitando a todos as pessoas que procuram os serviços de saúde. Acolher significa buscar a resolutividade na assistência prestada, sabendo direcionar os pacientes conforme o grau de necessidade, estabelecendo uma articulação com outros serviços de saúde de média e alta complexidade, para que seja garantida a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

O acolhimento com classificação de risco se dissemina em todo o país, sendo adotado nos estabelecimentos de saúde tanto intra-hospitalares como nas redes de atenção primária. O acolhimento com classificação de risco é de fundamental importância para este nível do sistema de serviços de saúde, pois, é um processo dinâmico de identificação de pacientes que precisam ser atendidos imediatamente ou não. Esse sistema classificatório favorece que se estabeleça um relacionamento de confiança entre todos os profissionais da equipe, usuários e serviços de saúde as ações de atenção e gestão, uma vez que, o acolhimento é um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações profissional/profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde.(BRASIL, 2006).

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 em 2004 do PNH, a qual foi disponibilizada para todo o país. Outro método adotado no país e reconhecido pelo Ministério da Saúde para realização do acolhimento com classificação de risco é o protocolo baseado no Sistema de Manchester, que também realiza a triagem com classificação de risco aos pacientes que procuram os serviços de saúde, seja Pronto Atendimento, Urgência/Emergência ou Atenção Primária a Saúde. A classificação de risco é feita por indicação clínica e por cor, cada cor determina um tempo máximo para realização do

atendimento, o qual vai do zero (atendimento imediato) ao não urgente, com tempo máximo de 240 minutos (SHIROMA E PIRES, 2011).

Compreende-se que a classificação de risco é uma ferramenta de organização do serviço de saúde, cuja finalidade é definir prioridades de atendimento, seguindo critérios como: gravidade, riscos de agravamento do quadro clínico dos pacientes em detrimento a ordem de chegada. Desse modo, esta ferramenta auxilia, ainda, na organização da fila de espera, garantindo um atendimento rápido nos casos mais críticos, bem como melhora as condições de trabalho da equipe e maior satisfação dos usuários (NASCIMENTO *et. al.*, 2011).

Contudo, ainda de acordo com Nascimento *et.al.*, (2011), a implantação do acolhimento com classificação de risco, baseado no Sistema Manchester não é tarefa fácil, pois requer uma mudança drástica na organização do serviço. A implantação desse sistema inovador leva a pensar em um novo paradigma, centrado no indivíduo, nas ações de saúde, e não na doença, sendo um dos maiores desafios do SUS. Além disso, faz-se necessária a mobilização e participação popular em todas as etapas desta mudança. Portanto, é imprescindível uma articulação entre gestor, equipe e Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Enfim, o tema foi escolhido devido à importância e magnitude do assunto, bem como a necessidade de melhoria no acolhimento da Unidade Mista de Saúde de São Romão, cidade mineira, com aproximadamente, 10.623 habitantes, que está localizado a 658 km da capital Belo Horizonte e a 187 km de Montes Claros, Macro-Região do Norte de Minas e referência para a cidade. O município abriga uma população de baixa renda e pouca qualificação profissional, o quadro de pobreza e desigualdade se reflete diariamente nas condições de saúde da população, que conta com 4 (quatro) UBS(s) e 1 (uma) Unidade Mista de Saúde (IBGE, 2012).

A Unidade Mista de saúde da cidade, atualmente, não possui delimitação do seu território de abrangência e, conseqüentemente, também não foi realizada, até o dado momento, uma busca ativa para determinar a população adstrita. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um assistente social, um psicólogo e um dentista, um auxiliar administrativo e de serviços gerais.

No presente momento, a equipe de saúde desta Unidade não possui Agentes Comunitários de Saúde, nem agendamento de consultas. O atendimento desta Unidade acontece de acordo com a demanda de outras Unidades Saúde que, quando sobrecarregadas, encaminham pacientes para avaliação e conduta, onde o

atendimento ocorre por ordem de chegada, focado na queixa do usuário, dando ênfase às ações curativas e não às ações preventivas (SIAB, 2014).

Através da realização de oficinas crítico reflexivas com a equipe de saúde da unidade, foram feitas análises do atendimento e acolhimento prestado pela Unidade em questão e a partir destas foi elaborado um plano de ação para resolução dos nós críticos e melhoria no atendimento da mesma. Deste modo, a equipe identificou a inexistência de acolhimento com classificação de risco, com conseqüente desorganização da demanda, principalmente espontânea, no serviço de saúde do município e atendimentos de forma não humanizada. Portanto, a proposta de criação e implantação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado no Sistema de Manchester no serviço de saúde da Atenção Primária de São Romão, trará um impacto positivo no processo de trabalho da equipe, na organização do serviço, bem como uma melhor relação profissional- profissional e profissional- usuário (FRANCO *et.al.*, 1999).

2 JUSTIFICATIVA

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) funcionam, em todo o país, como porta de entrada para o SUS e recebe todos os tipos de pacientes, desde os casos mais simples até os casos que necessitam de encaminhamento para Serviços de Atenção mais complexos. Devido a este fato, na maioria das vezes, tem-se visto Unidades de Saúde com elevada demanda, com o atendimento prejudicado, filas nos corredores, população insatisfeita com o serviço prestado, piora no quadro clínico do paciente devido à demora no atendimento, bem como desgaste físico e emocional por parte dos profissionais de saúde.

Desse modo, faz-se necessário uma maior preocupação na organização do serviço e, principalmente, na qualidade de acolhimento dos usuários ao mesmo, pois, o acolhimento é entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, sendo fundamental para operacionalizar a acessibilidade da clientela. Acolher de acordo com as políticas de saúde é uma forma fazer com que os profissionais de saúde atendam melhor aos usuários e aos próprios profissionais que fazem parte da equipe, de forma respeitosa, com empatia, ou seja, da mesma forma que gostariam de ser atendidos.

No entanto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é carente de meios que priorizem os atendimentos dos pacientes com maior risco. Em geral, devido à falta de um acolhimento com classificação de risco, o atendimento dos usuários é de baixa qualidade e sem foco no paciente, priorizando a quantidade de atendimentos ou procedimentos realizados, além da ordem de chegada do paciente ao serviço e não conforme a sua condição clínica de saúde.

Desse modo, o presente trabalho visa elaborar uma proposta de intervenção no acolhimento baseado no Protocolo de Manchester em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família do município de São Romão. A implantação desse processo de acolhimento com classificação de risco tem como principal objetivo identificar as reais necessidades dos usuários, visando resolver seus problemas, por meio de um atendimento qualificado e humanizado, evitando assim, agravos à saúde do usuário do serviço.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral:

Elaborar uma proposta de um protocolo de acolhimento para Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de São Romão.

Objetivos específicos:

- Capacitar o enfermeiro (a) da Unidade de Saúde com o curso de Protocolo de Manchester;
- Orientar os profissionais da Unidade sobre o protocolo e sua aplicação, a fim de que os mesmos possam orientar a clientela;
- Ministras palestras para a população adstrita sobre a classificação e a necessidade de sua aplicação para melhor atendimento dos mesmos, enfatizando os benefícios do novo método escolhido;
- Orientar todos os trabalhadores da ESF, para que possam informar corretamente os pacientes que procurarem a Unidade sobre a nova conduta de acolhimento da mesma.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 CARACTERIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1978, como atenção essencial à saúde do indivíduo, universalmente acessível aos mesmos e suas famílias e a um baixo custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham.

A APS funciona como porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde, sendo caracterizada como uma atenção ambulatorial não especializada, ofertada através de unidades de saúde, onde se dá ou deveria se dar, o primeiro contato dos pacientes com o SUS e onde existe capacidade para apresentar ações resolutivas de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária é desenvolvida por meio de um conjunto de ações práticas que requerem pluralidades de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativa complexidade. Esta deve fornecer atenção sobre a pessoa para todas as condições, além de coordenar e integrar a atenção obtida em outro lugar ou por terceiros. Além disso, a Atenção Primária deve articular-se com os demais níveis de complexidade, formando uma rede integrada de serviços, pois, e ofertar ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação do indivíduo. Este nível de complexidade enfoca os problemas de saúde mais prevalentes de cada grupo social e suas ações visam modificar as condições de vida da comunidade, bem como hábitos e estilos de vida, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos (DEL CIAMPO, *et al.*, 2006).

Apesar do Ministério da Saúde (MS) também utilizar a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde, no Brasil, fez-se necessário uma nomenclatura para diferenciar uma proposta de “cuidados primários de saúde” de “saúde da família”. Desse modo, o MS adotou uma terminologia própria utilizando o termo Atenção Básica em Saúde (ABS) para designar Atenção

Primária à Saúde e para melhor organização da APS. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que desde o final da década de 1990 vem sendo assumido pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de organização da Atenção Básica em Saúde (ELIAS *et.al.*, 2006).

Dessa forma, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) modificou a sua visão sobre a Atenção Primária à Saúde reconhecendo-a como estratégia de reorientação do modelo de atenção e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa complexidade. O CONASS ao assumir essa visão do PSF, como uma estratégia de APS, deu um passo importante na qualificação dessa estratégia. Passando a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi adotada em todo o país como política prioritária nas três esferas do SUS, com o propósito de priorizar a implementação de promoção da saúde e prevenção de agravos e legitimou como princípios: a família como foco de abordagem, territorialização, ampliação de usuários, trabalho em equipe multiprofissional, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação da comunidade (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é um dos eixos fundamentais da ação do setor público na área de saúde. A característica básica da ESF é prover a atenção básica em saúde, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde, priorizando ações de proteção e promoção da saúde, cada equipe de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e da identificação de suas características, tornando-se mais sensível às suas necessidades. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade. (SILVA *et.al.*, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a ESF se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), e tem os seguintes princípios do Sistema Único de Saúde:

- Integralidade e Hierarquização: As equipes das USF(s) devem realizar o diagnóstico de saúde do território delimitado, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. Para cumprimento desses dois princípios os profissionais das equipes de saúde devem compreender

que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível local de assistência, até os mais especializados.

- Territorialização e Adscrição da Clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população. Recomenda-se que a equipe seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas do território.

- Equipe Multiprofissional: composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem, dentista, assistente social, psicólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, outros poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.

- Caráter Substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.

Todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem desempenhar suas atividades laborais, tanto nas unidades de Estratégia Saúde da Família quanto na comunidade, devendo saber desenvolver trabalho em equipe, ter facilidade no manejo com os usuários do serviço, possuir habilidade em trabalhar com planejamento e programação em saúde, bem como possuir qualificação profissional adequada às práticas de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para o cumprimento de uma proposta de integralidade do cuidado faz-se necessário um bom entendimento da importância de delimitação e mapeamento territorial, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias; acolhimento dos usuários e marcação de consultas; ações individuais ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; consultas médicas, de enfermagem e de odontologia; acolhimento e urgências básicas de enfermagem, de medicina e de odontologia; realização de encaminhamento adequado das urgências e de casos de maior complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A utilização dos serviços de APS pela população depende da resolutividade das equipes, da capacidade de delimitar recursos para resolver problemas, de uma prática baseada na pessoa, e não na doença, na família e na comunidade e, sobretudo um bom acolhimento, pois este é de fundamental importância na ESF, que como sendo porta de entrada ao sistema de saúde do país, o acolhimento estabelece uma ligação concreta e de confiança entre o usuário ou potencial usuário

com a equipe ou profissional de saúde, sendo indispensável para se atender aos princípios do SUS (BRASIL, 2003).

5.2 A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O acolhimento não é um local, nem um espaço, mas uma postura ética. Não exige hora ou profissional, implica saberes, escutar angústias, procurar solucioná-las tomando para si a responsabilidade de “abraçar” o usuário ou comunidade com resolubilidade. O ato de acolher é considerado peça chave para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, devendo ser efetuado em todos os âmbitos do atendimento e durante todo o tempo. O acolhimento baseia-se em três princípios: acessibilidade universal, reorganização do processo de trabalho com formação de uma equipe multiprofissional e a qualificação da relação profissional-usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania (CAMPOS *et.al.*, 2009).

Segundo Abbês (2010):

... É importante ressaltar que, o acolhimento não é uma triagem e sim implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos; é uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; é a construção coletiva de proposta com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais, ou seja, é o rompimento com a lógica da exclusão (ABBÊS, 2010).

Segundo Castro e Shimazaki (2006), o acolhimento tem como propósito identificar a população residente e o território de abrangência da UBS, reconhecer os problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário. Vale destacar que, uma postura acolhedora implica em estar atenta a diversidade étnica cultural e racial, ou seja, conhecer bem o contexto em que a comunidade da área de abrangência está inserida. Trata-se de um gesto de

humanização e esta, é um dos pilares fundamentais para o sucesso da assistência prestada pelo Programa de Saúde da Família, além de ser a porta de entrada para tornar o ato de cuidar mais humano.

O acolhimento representa uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), pois acolher significa prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a todos as pessoas que procuram os serviços de saúde. Deve ser entendido como uma possibilidade de construir uma nova prática de assistência, envolvendo ações comunicacionais no ato de receber e ouvir as queixas dos usuários do serviço, buscando a resolutividade na assistência prestada, direcionando os pacientes de acordo com o grau de necessidade e estabelecendo uma articulação com outros serviços para que seja garantida a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

Faz-se necessário destacar a relevância de se humanizar o processo de acolher os usuários, tendo em vista que as diversidades devem ser respeitadas e as subjetividades merecem um olhar mais acurado, objetivando uma melhor compreensão de todos os problemas que acometem os sujeitos que procuram algum serviço de saúde (FILHO *et.al.*, 2010).

Em diversas literaturas pode-se perceber o consenso, de que, para a efetivação do acolhimento, exige-se uma postura adequada de escuta qualificada e conhecimento do serviço local, bem como do serviço referenciado para os encaminhamentos que se fizerem necessário. O profissional deve estar ciente do caráter voltado para a responsabilidade e para a resolutividade do caso em questão, pois, isto engloba a base da proposta de acolhimento.

O acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde. A incorporação do acolhimento, como tecnologia leve, no cuidado em saúde pelos trabalhadores deste setor, tende a sedimentar um trabalho de qualidade (SCHNEIDER, *et.al.*, 2008).

O acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado de toda equipe de saúde, sendo um processo que requer a participação multiprofissional e não pertencendo apenas à equipe de enfermagem. Este processo de acolher promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que, permite a classificação dos

indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda com consequente organização da demanda espontânea e programada, evitando as famosas filas que priorizam o atendimento por ordem de chegada, atendendo o usuário sem critérios de classificação de risco e reproduzindo um modelo preocupado com a produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para o sujeito. Nesta concepção o foco do sujeito é a doença e não o sujeito e suas necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Devido essa grande preocupação por parte do MS em garantir uma melhoria na qualidade da assistência nos serviços prestados, foram elaboradas cartilhas que detalham melhor sobre o acolhimento mudando o cenário de assistência de forma positiva para os usuários, pois o mais grave ou que necessita de atendimento imediato é atendido de maneira mais rápida. Portanto, diminuem as chances de seu quadro de saúde piorar pela demora no atendimento, por exemplo: uma pessoa febril, sem consulta agendada pode procurar a UBS e será acolhida, e caso seja necessário, será atendida por um médico. Antes da implantação do acolhimento esta pessoa buscava atendimento (BRASIL, 2009).

O acolhimento com classificação de risco faz ou, pelo menos, deveria fazer parte de todos os atendimentos aos usuários do SUS e, mais que um direito do cidadão, é dever do Estado dispor de forma clara e sem discriminação o método de classificação utilizado pelas unidades de saúde. Desta forma, compreende-se que o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Tendo por objetivo um atendimento mais resolutivo, que saiba identificar e priorizar os atendimentos realizados nesse serviço, sem deixar de tratar os pacientes de forma digna e humanitária (FEIJÓ, 2010).

Assim, o acolhimento com classificação de risco passa a ser então uma nova ferramenta da ESF, solicitando assim, uma nova atitude de mudança no fazer em saúde, valorizando a relação do profissional com o usuário ou comunidade e procurando humanizar o cuidado, estabelecendo vínculos e compromissos às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e sua família (ABBÊS, 2010).

5.3 CONHECENDO O SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER

O Ministério da Saúde, atualmente, tem buscado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional. Para a realização desta classificação, tem sido adotado o uso de protocolos para orientar a decisão dos profissionais de saúde na priorização de atendimento dos usuários. Dentre os protocolos de estratificação de risco já existentes, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que além de ser de fácil execução, por parte dos profissionais, é um sistema reconhecido como um método acurado que permite uniformidade nas decisões (SOUZA *et.al.*, 2011).

O STM foi implantado em Manchester, na Inglaterra, em 1997, com objetivo de estabelecer um tempo de espera pela atenção médica dos usuários das unidades de urgência e emergência, entretanto esse sistema tem se estendido também a outros serviços de saúde com as UBS(s) e UPA(s). O STM tem o objetivo de organizar a demanda de pacientes que chegam à procura de atendimentos em serviços de saúde, identificando os que necessitam de atendimento imediato, e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, ou seja, a prestação do cuidado se dá de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço. (ACOSTA *et.al.*, 2012).

Ainda segundo Acosta *et.al.* (2012), no Brasil, o acolhimento, como diretriz operacional do PNH do Ministério da Saúde, associado à triagem com classificação de risco, assume papel de extrema relevância ao poder gerar vários benefícios para o atendimento. Tal metodologia é considerada como um processo dinâmico de pacientes que necessitam de tratamento imediato e visa garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde; evitar ineficiência na prestação de serviço, como estresse por parte dos usuários e profissionais; melhoria nas relações interpessoais na equipe de saúde; padronização de dados para estudos, pesquisas e planejamentos e aumento da satisfação do usuário, uma vez que este será atendido de forma mais rápida e efetiva, evitando até mesmo uma possível paralisação do atendimento.

O Sistema de Triagem de Manchester estabelece uma classificação de risco onde o cliente é submetido a uma consulta de enfermagem com aplicação de um protocolo específico para esta finalidade. A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo profissional, um fluxograma específico e apresentado na forma de perguntas, é selecionado. Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, o paciente é direcionado às respectivas áreas de atendimento conforme a gravidade de sua queixa. Assim, é organizado o atendimento de forma que pacientes que apresentem sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento. No quadro abaixo, segue exemplo do Protocolo de Classificação de Risco Adaptado (PCRA) com a identificação das prioridades e respectivos tempos de atendimento (PINTO JUNIOR *et.al.*, (2012).



Albino *et.al.* (2007) também sugerem uma classificação de risco em cinco níveis. Após a classificação é fornecida uma pulseira ao paciente com a cor do seu atendimento. O usuário classificado como mais grave receberá o atendimento primeiro sendo encaminhado novamente para o saguão de espera para aguardar o tempo pré-estabelecido de acordo com a cor que foi classificada. Só não é encaminhado ao saguão o paciente classificado como Nível I (vermelho), devendo os demais, permanecer e aguardar a chamada pelo nome. O nível II (Laranja) e III (Amarelo) para a sala de observação, IV (Verde) e V (Azul) para a sala de espera. Sugere também que os pacientes devem ser periodicamente avaliados conforme o nível classificado, como por exemplo, pacientes de nível III deve ser reavaliado a cada 30 minutos, de nível IV a cada hora ímpar e V a cada hora par. Assim o paciente é periodicamente visto e reclassificado se o quadro se agravar.

Perante o exposto e frente as necessidades de implantação da classificação de risco nas unidades de saúde do Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem determinou, por meio da Resolução no. 423/2012, que a classificação de risco é privativa do enfermeiro e esse deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Tendo em sua formação um aprendizado de prestação de assistência de forma holística, ou seja, sabendo ver o ser humano como um todo, visando atender suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem sócia, o enfermeiro é um o profissional mais indicado para realizar a triagem dos pacientes (SILVA *et.al.*, 2014).

A Triagem com Classificação de Risco (TCR) é o primeiro passo para um processo de intervenção breve, ou seja, o objetivo da classificação de risco é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico O serviço de triagem deverá identificar a queixa principal do paciente, ou seja, o motivo que o levou a procurar o serviço e prevenir os quadros agudos que implicam risco à vida, assim, tem a finalidade de avaliação inicial, proporcionando ao profissional informação de saúde do paciente para desenvolver um plano de intervenção e/ou encaminhamento do cliente às unidades/ especialidades adequadas à assistência. A triagem é mais do que classificar os doentes, é também garantir o direito de cidadania, é resgatar os princípios do SUS, acolhendo e orientando o paciente, além de ser um instrumento facilitador da gestão do serviço como um todo, trazendo benefícios tanto para o paciente como também para o profissional (AZEVEDO E BARBOSA, 2007).

4 METODOLOGIA

Este projeto partirá de um estudo crítico reflexivo da Atenção Primária à Saúde de São Romão, Minas Gerais, qual permitirá a identificação de nós críticos para elaborar um plano de intervenção para possível implantação do mesmo na Unidade Mista de Saúde do município.

De acordo com Vasconcelos *et.al.*, (2014), o estudo crítico reflexivo proporciona aos profissionais de uma unidade de saúde, atuarem como agentes ativos de transformação de si e de sua realidade. Estes profissionais devem ser eminentemente ativos e participativos, porque se não forem estimulados à reflexão, provavelmente não terão a oportunidade de atuarem sobre seu processo de trabalho e transformá-lo.

A partir de então, serão realizadas oficinas, para cumprir com os objetivos propostos pelo projeto. Serão realizadas 2 oficinas com todos os profissionais da Unidade.

Para a revisão de literatura, será feita uma busca nos bancos de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americano em Ciências de saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System – on-line), BDNF (Base de Dados da Enfermagem e a Organização Mundial de Saúde para pesquisa de publicações científicas em saúde – Bireme. Além disso, serão utilizadas fontes complementares como livros, artigos, periódicos científicos encontrados em acervo de bibliotecas das principais faculdades da cidade de Montes Claros e da Universidade (UNIMONTES) e sites na internet. Serão utilizadas como palavra-chave: Atenção Primária à Saúde, Programa de Saúde da Família, Avaliação da Atenção Básica, Assistência ao Paciente, Acolhimento, Acolhimento com Classificação de Risco, Sistema Manchester.

As oficinas acontecerão na própria Unidade de Saúde, com a participação de todos os profissionais da mesma. Os eventos aconteceram em dias diferentes para que a Unidade pudesse ficar fechada durante a sua realização possibilitando uma melhor produtividade dos profissionais na oficina.

No primeiro dia, foi abordado sobre o atendimento na Unidade e como acontecia o acolhimento na mesma. No segundo dia foi elaborado o plano de ação para os principais nós críticos que foram identificados pelos profissionais da Unidade através de observações, suas experiências e das próprias dificuldades encontradas

por eles no atendimento e elaboração de uma proposta de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Unidade Mista de São Romão. A população usuária foi avisada através dos próprios profissionais da unidade e através de cartazes afixados na mesma com uma semana de antecedência para evitar possíveis tumultos e reclamações por parte da comunidade assistida, já que as reuniões ocorreriam durante todo o período vespertino e não haveria atendimento na Unidade neste turno.

1ª Oficina Crítico Reflexiva: Análise do atendimento e acolhimento na Unidade na Mista de São Romão.

A primeira oficina foi coordenada pelo enfermeiro e pelo médico da Unidade e contou com a presença de todos os profissionais da mesma, desde o auxiliar de serviços gerais, passando pelo recepcionista até aos profissionais da assistência propriamente dita. O tema abordado foram o atendimento e o acolhimento da Unidade Mista de Saúde. A oficina iniciou-se com a acolhida dos participantes, dando-lhe boas vindas e acomodando-lhe em seus lugares.

No primeiro momento da oficina, o enfermeiro realizou uma exposição dialogada sobre o atendimento realizado na Unidade, onde se discutiu o conceito de APS, suas funções básicas e princípios que a norteiam. Após uma explanação sobre APS, os participantes tiveram a oportunidade de interagir uns com os outros através da exposição de cada um sobre o que eles tinham a dizer sobre o atendimento na Unidade. Assim, com o conceito de Atenção Primária à Saúde, já construído, o enfermeiro propôs uma análise do atendimento ofertado pela Unidade. Levantaram-se as seguintes questões: como estava sendo feito o atendimento, como estava a qualidade do mesmo, quais as dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização dos serviços de saúde e as principais reclamações ouvidas pelos profissionais, quase que diariamente, vindas da comunidade.

O segundo momento da oficina foi coordenada pelo médico e o tema abordado foi o acolhimento na Unidade Mista de Saúde. A oficina iniciou-se com o médico realizando uma exposição dialogada sobre acolhimento, onde se discutiu o conceito, sua importância e como deve ser realizado e enfatizou os benefícios de um bom acolhimento para a prestação de serviço na Unidade de Saúde. Após uma explanação sobre acolhimento, os participantes tiveram a oportunidade de interagir

uns com os outros através da exposição de cada um sobre o que eles entendiam por acolhimento, como isso era colocado em prática na Unidade e o que poderiam fazer para melhorá-lo. Assim, com o conceito de acolhimento, já estruturado, o médico da equipe abordou sobre acolhimento com classificação de risco. Enfatizou que, este, organizaria melhor o serviço, tornaria o atendimento mais humano e de qualidade, garantiria maior agilidade para os profissionais no atendimento e maior satisfação para os usuários do serviço, sua família e comunidade. Neste segundo momento o médico propôs que a equipe fizesse uma análise dos benefícios que o acolhimento com classificação de risco traria ao atendimento da Unidade de Saúde.

No terceiro momento da oficina, ao final das duas abordagens dos coordenadores, foi passada uma dinâmica para os participantes. Para este momento, cada participante recebeu papel e caneta para escreverem, individualmente, no mínimo 5 (cinco) problemas ou dificuldades encontrados por eles para realização do atendimento e acolhimento prestados aos usuários na Unidade. Tais

Dentre os problemas/ nós críticos mais citados estão:

- Ausência de delimitação de território de abrangência da Unidade Mista no presente momento;
- Falta de Agentes Comunitários de Saúde para determinação da população adstrita através da realização de busca ativa no presente momento;
- Ausência de consultas de agendamento, sendo o atendimento de livre demanda espontânea, ocasionando atendimentos por ordem de chegada e não por prioridade;
- Dificuldade dos funcionários da recepção quanto à escuta da queixa do paciente, ocasionando assim um grande número de paciente para atendimento diário, e conseqüentemente provocando enorme fila na Unidade;
- Ausência de atividades preventivas na Unidade, possuindo como foco apenas as atividades curativas;
- Falta de capacitação de educação continuada e treinamento dos profissionais para atendimento aos usuários;

- Falta de qualificação profissional dos enfermeiros para realização de triagem pelo Manchester;
- Falta de orientação para a população sobre a necessidade de se realizar triagem e agendamento;
- Dificuldade de aceitação dos pacientes em relação à triagem, especialmente sobre a classificação.

2ª Oficina Crítico Reflexiva: Elaboração de um plano de ação para os principais nós críticos e elaboração de uma proposta de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Unidade Mista de São Romão.

Na segunda oficina, foi lido, para todos os presentes, o levantamento das dificuldades abordado por cada um dos participantes na oficina anterior. Após ter conduzido a leitura, os coordenadores da oficina promoveram uma discussão sobre a mesma. E ao final, após intensa discussão, foi elaborado um plano de ação para os principais nós críticos relacionados à implantação do novo protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado no Sistema Manchester, que será visto mais adiante nas intervenções.

6 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MANCHESTER NA UNIDADE MISTA DE SÃO ROMÃO - MG

Este protocolo propõe a utilização da tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, para uma maior agilidade no atendimento a partir da análise de necessidade do usuário proporcionando atenção centrada no estado de saúde do paciente e não na ordem de chegada. A classificação de risco é um processo de identificação dos usuários que necessitam de atendimento imediato, de acordo com a gravidade da sua saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo, os casos poderão ser categorizados por prioridade, a partir da utilização de um protocolo clínico.

Conforme a ESP (2009), tendo em vista a atual situação da Unidade deste estudo, para os usuários que procuram a Unidade, motivados por problema, queixa ou evento agudo, propõe-se a Classificação de Risco, que deve ser realizada pelo enfermeiro da Unidade através de entrevista objetiva com identificação de sinais de gravidade. A Classificação objetiva: humanizar o atendimento; avaliar o usuário logo na sua chegada para identificação do caso; estabelecer prioridade de atendimento conforme gravidade e prestar informações adequadas ao usuário, incluindo o tempo de espera.

Considerando-se a realidade do serviço de saúde de São Romão e os recursos disponíveis no presente momento, fez-se necessário a criação de uma classificação de risco própria, baseada no protocolo de Manchester. Durante a oficina, foram abordados alguns nós críticos presentes na Unidade, mas devido limitações do próprio sistema de saúde e dos profissionais do serviço, foram selecionados apenas aqueles que dificultariam a implantação do novo protocolo. No quadro abaixo os nós críticos que foram selecionados:

Nó crítico	Operação	Resultado Esperado	Produtos	Recursos Necessários
Despreparo do profissional da triagem	Atendimento e triagem do paciente de forma efetiva.	Efetivar triagem e realizar correta classificação de risco.	Capacitar profissional com protocolo específico.	Aplicação correta do protocolo e informações sobre o mesmo. Apoio do secretário de saúde para contato com regional de saúde Incentivo e ajuda financeira para realização do curso.
Falta de esclarecimento da população	Entendimento por parte da população da necessidade e vantagem da triagem	Aceitação dos critérios de atendimento na unidade	Palestra sobre o uso do protocolo, sua finalidade e utilidade.	Realizar palestras na unidade, panfletos e cartazes para explicação do protocolo.
Dificuldade de aceitação da classificação	Modificar pensamento e ponto de vista sobre atendimento no PSF	Diminuir o atendimento de livre demanda e agendar corretamente	Campanha educativa. Avaliação do nível de informação da população	Conhecimento sobre estratégia de comunicação. Adequação de fluxo.

A proposta de funcionamento do acolhimento com Classificação de Risco foi discutida entre os profissionais da Unidade Mista de São Romão e como a equipe não esta capacitada para a utilização na íntegra deste protocolo, foi proposto uma classificação com utilização de apenas 3 prioridades, tendo como referência o protocolo da Secretária de Saúde de Campinas (CAMPO et.al.,).

Prioridade 1 - Vermelha: Atendimento imediato. O paciente classificado nesta categoria necessita de ressuscitação ou está na categoria de estado de emergência, como por exemplo: traumas, alterações do estado mental, parada cardíaca, choque, comprometimento hemodinâmico, queimadura de 2º ou 3º grau, dor precordial, quadro de hemorragia entre outros. Este atendimento é prioridade absoluta e devem acontecer nos primeiros 15 minutos. Assim que o paciente for estabilizado, o mesmo deve ser encaminhado para o pronto socorro.

Prioridade 2 – Amarela: Deve ser categorizado como caso de Urgência. Alguns Exemplos: traumatismo moderado, quadros dolorosos de intensidade moderada, quadro febril de baixa intensidade em crianças e gestantes com queixas. O atendimento é prioridade e os primeiros cuidados são imediatos devendo o

transporte ser acionada se houver necessidade de transferir o paciente para o pronto socorro ou Hospital mais próximo.

Prioridade Azul 3 – O paciente classificado como prioridade 3 não apresenta sinal de alerta, tratando-se de casos eletivos. Ex: gripe, dor de intensidade leve, trauma menor entre outros. O atendimento ou consulta pode ser agendado ou realizado imediatamente, caso haja disponibilidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados nas diversas produções científicas para a realização deste trabalho, o acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e de estruturação da Unidade de Atenção Primária. As oficinas feitas pela equipe permitiram uma maior reflexão sobre o atendimento prestado pela Unidade Mista de Saúde referida neste estudo, bem como a elaboração de um protocolo de acolhimento com classificação de risco que assegurasse que, a organização fosse voltada para maximizar os cuidados e benefícios para com o usuário, principalmente garantindo o acesso compatível com as suas necessidades, minimizando os riscos e utilizando mecanismos que contribuam para a melhoria contínua do serviço prestado à população.

Em virtude dos fatos mencionados neste trabalho relativos às dificuldades no acolhimento, sobrecarga da Unidade de Saúde e temporária falta de delimitação da área de abrangência da unidade, a equipe de saúde fez uma análise da mesma e propôs um protocolo de acolhimento adaptado à realidade da APS do município, através da elaboração de um plano de ação para fortalecimento do mesmo. Acredita-se que a implantação deste protocolo possa contribuir para a organização de um acolhimento que promova uma agilidade no atendimento a partir da análise do estado clínico do paciente, proporcionando a priorização da atenção aos mais vulneráveis e com maior risco, em detrimento ao atendimento por ordem de chegada.

Levando-se em conta o que foi observado, propõe-se que este protocolo seja implantado após aprovação do Conselho Municipal de Saúde de forma a garantir a

participação da população e que a equipe receba outras capacitações para a utilização desta nova tecnologia que é o Sistema de Manchester.

Finaliza-se este estudo procurando realçar a necessidade de compreender o potencial transformador desta nova tecnologia. Sugeriu-se, ainda, que, o processo de capacitação dos profissionais envolvidos tenha planejamento criterioso e delineado, uma vez que estes poderão apresentar reflexos na qualidade da manipulação da ferramenta operacional e na competência dos profissionais para a realização da triagem.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

ABBES, Cláudia. **Política de Humanização**. 2010. <Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/politica-de-humanizacao-e-debatida-durante-seminario-ocorrido-em-Juiz-de-Fora>. Acesso em 11 de Fevereiro de 2015.

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. **Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade**. Revista Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, 36 (4): 70-75. 2007.

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa**. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012, vol.33, n.4, pp. 181-190. ISSN 1983-1447.

AZEVEDO, Jane Mary Rosa; BARBOSA, Maria Alves. **Triagem em Serviços de Saúde: percepções dos usuários**. R. Enferm. UFRJ, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, 2007. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a05.pdf>. Acesso em 14 de Fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. 2003. <Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idxt=28288>. Acesso em 05 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. 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**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 44 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2008.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. 2008. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2015.

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).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3) ISBN: 978-85-89545-63-1.

CAMPOS, J.S; ARAÚJO, V.R; ANDRADE, F.B; SILVA, A.C.O. **O acolhimento na Atenção Básica em Saúde. O Passo para Integralidade.** João Pessoa- PB; 2009. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id74r0.pdf. Acesso em: 09 de Fevereiro de 2015.

CASTRO, A.J.R.; SHIMAZAKI, M. E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde.** Belo Horizonte: editora Gutemberg, 2006. 240p.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al. **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura.** *Ciênc. saúde coletiva.* 2006, vol.11, n.3, pp. 739-743. ISSN 1413-8123.

ELIAS, P. E. et al. **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):633-641, 2006.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor de atenção primária à saúde:** programação local e municipal. Oficina 4. Belo Horizonte: ESP – MG, 2009. 89p.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola.** 2010. 112 p. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: Acesso em: 09 fev. 2015.

FILHO, A. D. D. et. al. **Acolhimento com Classificação de Risco: humanização nos serviços de emergência.** 2010. 10 p. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia, 2010. Disponível em: Acesso em: 10 fev. 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde.** Belo Horizonte. Editora UFMG, 2008. 66p.

GOMES, Isabelle Sena; CAMINHA, Iraquitã de Oliveira. **Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano.** Porto Alegre, v. 20, n. 01, p. 395-411, jan/mar de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Sinopse do Senso Demográfico de 2010.* Minas Gerais, 2012.

MALTA, D. C. et.al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário- centrada. In: CAMPOS, C. R. et.al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, p. 121-142. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de São Romão**. 2014. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em Fevereiro de 2015.

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

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. **Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento**. Revista Hórus, v. 4, n. 2, out/dez. 2010. Disponível em: Acesso em: 10 fev. 2015.

PINTO JUNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira and CHIANCA, Tânia Couto Machado. **Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012, vol.20, n.6, pp. 1041-1047. ISSN 0104-1169

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana**. *Texto contexto - enferm*. 2008, vol.17, n.1, pp. 81-89. ISSN 0104-0707.

SCHOLZE, A. S. *et.al*. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família**. Revista espaço para a saúde, Londrina, v.8, n. 1: p. 7-12, dez. 2006.

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.

SILVA. Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro, SILVA Lúcia, BOUSSO, Regina Szyllit. **A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura**, Rev. Esc. Enferm. USP 2011; 45(5):1250-5.

SILVA, Michele de Freitas Neves et al. **Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014, vol.22, n.2, pp. 218-225. ISSN 0104-1169.

SOUZA. Cristiane Chaves; TOLEDO Alexandre Duarte; TADEU. Luiza Ferreira Ribeiro; CHIANCA. Tânia Couto Machado. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(1):[08 telas] jan-fev 2011.

VASCONCELOS, A.; GRILLO. M. J. C.; SOARES, S. M. **Organização de processo de trabalho na atenção básica à saúde: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde. Tecnologia para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 67p.