

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E**  
**TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL - IFRS**  
**CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SUS:  
INSERÇÃO DE PROTOCOLOS OU MUDANÇA DE POSTURA?**

**PATRÍCIA HELENA HUBLER RODRIGUES**

**ORIENTADORA: MARISTELA VARGAS LOSEKANN**

**PORTO ALEGRE**  
**2013**

PATRÍCIA HELENA HUBLER RODRIGUES

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SUS:  
INSERÇÃO DE PROTOCOLOS OU MUDANÇA DE POSTURA?**

Relatório apresentado à Escola GHC como  
requisito parcial de conclusão de curso  
Técnico em Enfermagem da Escola do Grupo  
Hospitalar Conceição

Orientadora: Maristela Vargas Losekann

Porto Alegre

2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus colegas, principalmente “à turma do fundão” que me apoiaram nos momentos de maior fragilidade e dificuldades.

Ao meu marido pela força, apoio e compreensão, à minha super mãe que dedicou parte do seu tempo para cuidar do meu tesouro, minha filha Isabella e me amparou nos momentos mais difíceis, minha tia Ingrid que me encorajou a fazer a inscrição do curso.

Aos professores pela dedicação, principalmente a minha orientadora Maristela, que pra mim é um exemplo de profissional e de pessoa.

Mas esse sonho não se tornaria realidade se eu não tivesse me empenhado, mesmo desacreditando muitas vezes que seria possível, pelas situações que enfrentei, que me remetiam a um passado não muito distante e que foi muito difícil, a perda do meu Pai, mas consegui e agradeço a Deus, aos meus familiares e aos colegas pelo apoio.

## RESUMO

Pretendo, com esse relatório, discorrer brevemente sobre a experiência que obtive no estágio supervisionado do curso de Técnico em Enfermagem da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) nos três níveis de atenção à saúde que são: Unidade Básica de Saúde (UBS), Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nos três níveis de atenção citados existe o Acolhimento com Classificação de Risco, mas cada um deles tem suas particularidades, fato que foi o grande motivador da minha escolha pelo tema. A forma como cada um desses lugares recebe o paciente e direciona ao local correto é determinante para um atendimento ágil e resolutivo, evitando assim a piora no estado de saúde do paciente. Além disso, descobri que o acolhimento é parte fundamental da classificação de risco e do atendimento aos usuários em qualquer nível de atenção.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Triagem. Classificação de Risco.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 COMO ACONTECE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES</b> .....	8
2.1. O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL	
NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO .....	10
2.2 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM ITÚ .....	11
2.3 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO .....	13
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	15
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	16

## 1 INTRODUÇÃO

O acolhimento com classificação de risco faz parte de todos atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais que um direito do cidadão, é dever de todo o Estado dispor de forma clara e sem discriminação o método de classificação utilizado pelas unidades de saúde, que incluem as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)<sup>1</sup> e as Unidades de Emergências e Urgências localizadas em hospitais.

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza, além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão garantido por lei, estabelecido na portaria nº2048 do Ministério da Saúde (2002).

Esta portaria, propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do dispositivo acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta portaria, este processo de triagem deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

No Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), hospital público do município de Porto Alegre, o Acolhimento com Classificação de Risco foi implantado em 2004. Os demais hospitais do GHC como, por exemplo, o Hospital Cristo Redentor (HCR) e o Hospital Fêmeina (HF) não utilizam o mesmo método de classificação de risco. O HF, até o presente momento não utiliza nenhum tipo de protocolo para priorizar o atendimento e o HCR utiliza o modelo americano Emergency Severity Index (ESI) que classifica o paciente pelo número de recursos e exames que serão necessários no seu atendimento. Este modelo é pouco usado no Brasil, segundo informação dos funcionários treinados com base nesse protocolo na emergência do HCR.

Na emergência do HNSC, inicialmente, foi usado como referência, a experiência do Hospital Municipal Mário Gatti da cidade de Campinas (São Paulo). Antes da implantação deste sistema de “triagem” o usuário era atendido por ordem de chegada, sendo que dessa

---

<sup>1</sup> São estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. (Portaria 1020, Ministério da Saúde 2009)

forma muitos pacientes crônicos-agudizados agravavam seu quadro pela demora no atendimento. (BRASIL, Ministério da Saúde- GHC, s.d)

O acolhimento com classificação de risco mudou este cenário 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. Antes desta mudança, muitos pacientes tinham seu estado de saúde agravado ou vinham a óbito pela grande demanda de pessoas sem gravidade a serem atendidas nos serviços de emergência, principalmente nos hospitais.

Nas UBSs, este acolhimento também tem muita importância, pois 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 buscaria atendimento diretamente na emergência do hospital.

Neste trabalho de conclusão do Curso Técnico em Enfermagem da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) procurarei mostrar, a partir das minhas vivências de estágio, a importância da atuação do técnico em enfermagem no momento da chegada do paciente nos serviços de saúde e refletir sobre como uma postura de Acolhimento pode gerar um atendimento de qualidade.

## **2 COMO ACONTECE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS UNIDADES**

Nesse capítulo falarei um pouco das experiências que tive nos locais de atendimento ao paciente, ou seja, Emergência do HNSC, UBS Jardim Itú e UPA Moacyr Scliar.

Além disso, abordarei a maneira como o paciente é recebido, como é feito o acolhimento e a classificação de risco, quais são os locais que utilizam protocolos para classificação e de que forma o paciente é encaminhado ao atendimento médico quando necessário.

### **2.1 O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Segundo Ferreira (1975 apud Ministério da Saúde, 2008), existem várias definições de acolhimento, acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, atender, admitir.

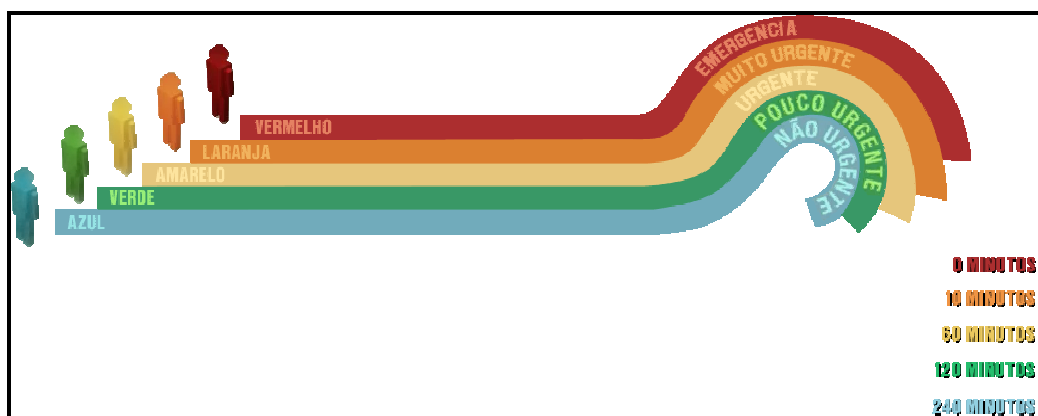
Na minha vivência de estágio do Curso Técnico de Enfermagem, na emergência do HNSC pude observar a rotina de atendimento, acolhimento e classificação de risco aos pacientes que chegam independente da maneira, por demanda espontânea ou pela central de regulação através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Em média são atendidas 380 pessoas por dia segundo relato dos trabalhadores. Destes, apenas uma mínima parte não passa pela triagem e acolhimento, neste caso são pacientes em estado grave trazidos, na sua maioria, pelo SAMU e avaliados diretamente pela equipe das salas vermelha e laranja. Estes pacientes, considerados como risco de morte eminente precisam de atendimento imediato, são atendidos e estabilizados assim que dão entrada no hospital, depois são reavaliados e podem ou não permanecer nestas salas, irá depender do seu quadro clínico geral.

No caso em que a gravidade é menor o atendimento se dá na área azul, verde e amarela. O acolhimento com classificação de risco deste usuário é feito de forma bem rápida por um enfermeiro(a) e um técnico de enfermagem. A área de classificação de risco e acolhimento conta com três consultórios, observei que a escuta é feita com porta aberta, sem nenhum tipo de privacidade para o usuário, pois muitas pessoas aguardam nessa área, seja para passar pela classificação, seja para aguardar pelo atendimento após serem classificados.

Nestes dois primeiros pontos, já se percebe que o acolhimento não é feito de maneira adequada. O tempo determinado para cada atendimento é muito curto o que, na maioria das vezes, prejudica uma avaliação mais detalhada. Observei que a pessoa, muitas vezes, não se sente à vontade para expor o seu problema com a porta aberta, pois há várias pessoas do lado de fora ouvindo e, bem próximas da sala onde o paciente está sendo avaliado.

Atualmente, é utilizado para classificação de risco o protocolo de Manchester<sup>2</sup> que classifica por meio de um fluxograma com respostas direcionadas a prioridade de atendimento do paciente. Para isso, utilizamos cores: o atendimento VERMELHO, atendimento imediato risco de vida eminente com tempo de espera 0 (zero) minutos; LARANJA, atendimento muito urgente, mas sem risco eminente com tempo de espera até 10 (dez) minutos; AMARELO, atendimento urgente com tempo de espera até 60 (sessenta) minutos; VERDE, atendimento pouco urgente com tempo de espera até 120 (cento e vinte) minutos e por fim AZUL, atendimento não urgente com tempo de espera de até 240 (duzentos e quarenta) minutos, como demonstra o figura abaixo:



Fonte: Classificação de Risco (2013)

O paciente, ao chegar na emergência, é chamado por uma senha, entra na sala e já é recebido pelo enfermeiro(a) e por um técnico(a) de enfermagem. Enquanto o técnico de enfermagem verifica os sinais vitais do paciente, o mesmo já vai relatando a sua queixa. Com

<sup>2</sup> O Protocolo de Manchester foi criado no ano de 1997, pelo médico Kevin Mackway-Jones. A metodologia do cientista britânico vinha estabelecer diretrizes de classificação de urgência para todo o Reino Unido. O documento discriminava, por meio de cores, o grau de gravidade do paciente, que seria avaliado por perguntas-chave e classificado de forma objetiva por enfermeiros ou qualquer outro profissional gabaritado dentro dos parâmetros estabelecidos. O modelo inglês foi logo adotado por outros países europeus, chegando ao Brasil apenas no ano de 2008. (Protocolo de Manchester em Alpinópolis)

base nesta se busca no protocolo de Manchester o fluxograma que deve ser seguido. Posso citar, como exemplo, a queixa de uma pessoa com dor no abdômen, no protocolo se busca o fluxograma correto com perguntas que devem ser feitas em caso de dor abdominal. Através das respostas da pessoa será determinado a prioridade do atendimento, mas pude perceber que, algumas vezes, o atendimento é mecânico, somente ouvir as respostas, sem praticamente olhar os sinais corporais que estão sendo transmitidos através de gestos, transpiração, inquietação. Até mesmo a cor da pele, se o paciente está pálido, cianótico, ruborizado, poderia ser avaliado se o profissional olhasse para o paciente. Presenciei atendimentos realizados por equipes diferentes e pude perceber como a questão do olhar para o paciente faz diferença na hora da classificação.

A primeira equipe observada não levantava nem os olhos para ver o paciente, seguia exclusivamente o fluxograma determinado pela queixa principal do paciente. Neste caso, não houve acolhimento somente a triagem. Já a segunda equipe acolhia o paciente prestando atenção não somente nas respostas, mas também nos sinais que os pacientes nos mostram. Muitas vezes, não conseguem descrever onde dói, ou o quanto dói.

A percepção e o uso dos sentidos, principalmente da visão e do olfato da equipe neste momento é muito importante. Neste momento, houve acolhimento e triagem de forma satisfatória para o paciente, porque mesmo nos casos em que ele não consegue descrever o que está doendo ou incomodando, o profissional de saúde, seja o enfermeiro ou o técnico de enfermagem, com a percepção dos sinais corporais pode avaliar o que está acontecendo ou onde está doendo, definindo assim o seu atendimento.

É importante ressaltar que o tempo destinado à classificação de risco é muito pequeno, em média 60 (sessenta) segundos, o que torna um primeiro atendimento de qualidade mais difícil. Mas, se houver disposição e boa vontade da equipe que está ali neste momento é possível prestar atenção no paciente como um todo e não só numa queixa, numa dor.

Após o usuário ser classificado, é fornecida uma pulseira com a cor do seu atendimento. O usuário classificado como mais grave receberá o atendimento primeiro sendo encaminhado novamente para o saguão de espera, e aguarda o tempo pré-estabelecido de acordo com a cor que foi classificado. Só não é encaminhado ao saguão o paciente classificado como vermelho, os demais permanecem e aguardam a chamada pelo nome, normalmente eles não são mais vistos pela equipe de enfermagem.

Algumas vezes, quando o seu estado de saúde piora enquanto aguarda a chamada do médico, o familiar que está acompanhando pede para a equipe classificar novamente. Mas, não permanece nenhum técnico de enfermagem nem enfermeiro no saguão observando a evolução dos pacientes.

O que resulta desta postura na emergência do hospital, é que os pacientes que estão aguardando pelo atendimento se não estiverem acompanhados de um familiar podem ter seu estado de saúde agravado e, algumas vezes chegar a óbito antes mesmo de receber o atendimento médico por não estarem sendo observados por ninguém diretamente. Isso também se deve, muitas vezes, ao tipo de acolhimento que este paciente recebeu, se foi classificado somente pelo que é descrito no protocolo ou foi feita uma classificação baseada também nos sinais que este paciente apresentava.

O papel do técnico de enfermagem nesta triagem, vai além de verificar os sinais vitais do paciente. Deve usar sua percepção nos sinais apresentados pelo paciente com muita atenção e coerência, informar ao paciente o tempo de espera aproximado e estar em sintonia com o enfermeiro da sua equipe. Quem define a prioridade de atendimento é o enfermeiro, que recebeu um treinamento específico para avaliar as situações de emergência e classificação de risco, mas o técnico de enfermagem pode e deve dar a sua contribuição caso a sua percepção seja diferente.

## 2.2 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM ITÚ

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Itú, também situada na cidade de Porto Alegre/RS que faz parte da atenção primária do GHC, o acolhimento/ triagem é feito da maneira preconizada pelo Ministério da Saúde em inúmeras apostilas, ou seja, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

Isto quer dizer que todas as pessoas, desde a entrada em uma unidade de saúde fazem ou deveriam fazer o acolhimento. Na UBS do Jardim Itú isso é um fato. Realizei estágio do Curso Técnico de Enfermagem por duas vezes nesta UBS, e o mais marcante desta vivência sem dúvida foi o acolhimento que recebi como estagiária, mas principalmente o acolhimento que é dado aos pacientes que buscam atendimento nesta unidade.

Todas as pessoas que ali buscam atendimento são acolhidas e, mesmo que a UBS não disponha de algum tipo de serviço, seja ele para exames ou profissional específico, o paciente recebe o primeiro atendimento e é encaminhado ao serviço e/ou profissional do qual necessita para solucionar o seu problema.

Vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 p.20)

Não é seguido, na UBS Jardim Itú, nenhum protocolo na triagem, somente a conversa em um ambiente tranquilo, uma sala com portas fechadas e privacidade. Nesta unidade não é obrigatório a presença do enfermeiro no momento da triagem, que é feito sempre por duas pessoas que podem ser técnicos em saúde bucal, assistente social, técnico em enfermagem, residente em medicina, enfim, qualquer profissional da área da saúde que trabalhe na UBS. Qualquer pessoa que procure um atendimento, independente de ser usuário cadastrado do posto e independente do horário, desde que dentro do horário de funcionamento é atendido e, se necessário, encaminhado para atendimento médico ou à unidade de referência do paciente. Há uma responsabilização pelo usuário nesta unidade, pois

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.25)

A UBS Jardim Itú conseguiu colocar o acolhimento da demanda espontânea como uma de suas prioridades, responsabilizando-se pelos usuários que recebe. Neste local, um atendimento que me chamou atenção, foi o de uma moradora de rua, que não tinha cadastro nesta unidade. Ela chegou sentindo muita dor na nádega esquerda e informou que havia procurado o posto onde ela possuía cadastro e não foi atendida. Era uma jovem de 24 anos, destruída pelo uso avassalador do crack. Foi chamada para sala de acolhimento, por estar com muita dor não conseguia sentar e pedia ajuda aos prantos. Informou o nome, disse que não tinha sobrenome e nem endereço fixo e só queria ajuda.

Enquanto o médico residente não chegava, ela pedia ajuda também para ser internada e se livrar das drogas e voltar a ter uma vida. Ela foi atendida e medicada na UBS e encaminhada para UPA, estava com vários abscessos e seu caso era cirúrgico. Era portadora de HIV e também havia abandonado o tratamento para livrar-se das drogas. Os agentes de saúde do posto lhe forneceram o valor da passagem e informaram que ela deveria procurar ajuda contra as drogas e retomar o tratamento do HIV junto a unidade de Saúde em que ela era cadastrada ou pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas o ideal seria a própria UBS. Neste caso a unidade do Jardim Itú deveria fazer o encaminhamento para a unidade de referência desta pessoa pois, desta forma estaria acolhendo de forma realmente satisfatória e daria um seguimento correto no tratamento desta usuária.

Neste atendimento, pude ter a certeza que protocolos podem ajudar, mas, ouvir e estar disposto a cumprir o papel de acolher de maneira digna é fundamental para que todos os serviços de saúde exerçam a função que se propuseram, ou seja, atender, prevenir, orientar e encaminhar os mais variados tipos de pessoas que são atendidas diariamente nas unidades de saúde e hospitais.

O papel do técnico de enfermagem nas UBSs é de suma importância. Na grande maioria dos atendimentos, o técnico de enfermagem é quem está na linha de frente, e sua autonomia é muito maior na UBS do que no hospital. É ele quem tem o contato direto com a pessoa e sua história de vida, seja no momento de fazer uma retirada de medicamento, ou de verificar a pressão arterial, tendo maior contato e proximidade com o paciente. Dessa forma, tem a percepção mais real da necessidade do paciente no momento do acolhimento. Às vezes, uma dor no peito pode ser indicativo de um infarto do miocárdio, mas dependendo do estado emocional e da história desta pessoa pode ser apenas uma angústia, estresse e a forma de perceber essa diferença é conhecer a história de vida e saber ouvir o paciente sem pré julgamento.

### 2.3 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Fiz uma visita durante o curso técnico de enfermagem pela escola GHC na UPA Zona Norte – Moacyr Scliar, situada também na cidade de Porto Alegre, onde pude conhecer um pouco do trabalho que é desenvolvido neste serviço que é classificado como Unidade Intermediária entre as UBSs e os Hospitais. É considerada intermediária por que possui um atendimento e equipamentos que não são encontrados em UBSs, como aparelhos de radiografia, mas são encontrados em hospitais de baixa e média complexidade.

A UPA, assim como o HNSC, também classifica as pessoas através do Protocolo de Manchester, que da mesma forma preconiza o grau de gravidade de cada paciente. Esta classificação é feita de maneira diferente, pois é feita somente pelo enfermeiro sem ajuda do técnico em enfermagem. No hospital e na UBS no mínimo dois profissionais fazem a classificação de risco. O técnico de enfermagem fica como circulante, isto é, avalia os pacientes enquanto esperam o atendimento, nos corredores e sala de espera.

Acredita-se que a chegada desta unidade da UPA na zona norte de Porto Alegre será responsável pelo “desafogamento” da emergência do HNSC, pois pacientes considerados não graves tem sido encaminhados para esta unidade de saúde, agilizando assim o atendimento do paciente, a melhora e a diminuição da super lotação da emergência do HNSC.

Mas isso tem sobrecarregado a UPA, pois os pacientes que ali chegam por demanda espontânea ou trazidos pela SAMU acabam sendo surpreendidos com o elevado número de pacientes esperando por atendimento médico. Segundo informações dos próprios funcionários, no dia da minha visita à UPA, esta espera pode levar até nove horas após a triagem, isto se o paciente for classificado como verde ou azul. Essa demora tem sido ocasionada pela falta de médicos na unidade, mas a promessa das esferas responsáveis, é que em breve este problema seja solucionado.

A internação nesta unidade, quando necessário, deve ser de no máximo vinte e quatro horas. Se o paciente necessita de uma internação ou uma investigação mais profunda para o diagnóstico, é solicitada uma vaga para a central de regulação de leitos de Porto Alegre que irá buscar essa vaga em todos hospitais cadastrados. Assim que encontrada é feita a transferência do paciente e é dada a continuidade no seu tratamento.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implementação do acolhimento com classificação de risco no SUS é um grande avanço para saúde pública, principalmente no que se refere ao atendimento rápido e eficiente aos pacientes mais necessitados.

A ordem de chegada já não é o que define a ordem de atendimento médico, e a utilização de protocolo na rede hospitalar juntamente com o acolhimento, tendem a cada dia melhorar o atendimento dos pacientes que procuram as unidades. Na esfera da urgência e emergência, como no caso do HNSC e UPA que utilizam o protocolo de Manchester juntamente com o acolhimento, o paciente classificado como mais grave é atendido primeiro. Nas UBSs, não são utilizados protocolos, somente com o acolhimento conseguem fazer a classificação de risco e identificar a necessidade de um atendimento imediato ou não.

No estágio, tive a oportunidade de presenciar, tanto na emergência do HNSC quanto na UBS Jardim Itú, vários acolhimentos feitos por diferentes profissionais e o que ficou evidente foi a integração da equipe de enfermagem no acolhimento e na classificação de risco. A maioria dos profissionais estão preocupados em prestar um atendimento humanizado, vendo o paciente como um todo e não por partes.

Acredito que se continuarmos avançando e agregando práticas humanizadoras, cada vez mais, os pacientes receberão um atendimento de qualidade, digno e ágil, evitando o agravamento de seu estado de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002**. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria\\_2048\\_B.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf)>. Acesso em: 18/01/2013.

CLASSIFICAÇÃO de risco. 2013. Disponível em: <<http://www.tolife.com.br/classificacao-de-risco/?lang=pt>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

O PROTOCOLO de Manchester em Alpinópolis. 2012. Disponível em: <<http://tribunaalpina.com.br/?p=1050>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Grupo de Triagem de Manchester. **Triagem no serviço de Urgência**. 3.<sup>a</sup> Edição em português, Dezembro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1020, de 13 de maio de 2009**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/prt1020\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/prt1020_13_05_2009.html)>. Acesso em: 20/02/2013.