

Universidade Federal Fluminense

REVISTA LEAN NA UPA

ISSN (online): 2675-4924
ISSN (impresso): 2675-5092

Vol. 3 - Número 05 - Ago/2022



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Copyright dos autores.
Direitos garantidos.

Universidade Federal Fluminense - UFF

Coordenação do Projeto Lean na UPA

Robisom Damasceno Calado

Autores

Sandra Maria do Amaral Chaves

Luiz Eduardo Morais Rodrigues

Gabriel Nascimento dos Santos

Editores de Comunicação e Divulgação

Aline Rangel de Oliveira

Alexandre Beraldi

Ana Carolina Sanchez Zeferino

Cauê Ramos Campos

Ilma Rodrigues de Souza Fausto

Maria Helena Teixeira da Silva

Melissa Felix de Abreu

Nicole Kévilin dos Santos Figueiredo Alves

Nikole Valdez Pareja Motti

Sandra Maria do Amaral Chaves

Thaís Lessa Queiroz

Apoio:

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/SAES

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência/DAHU

Ficha catalográfica

R454 Revista LEAN na UPA

Classificação de risco / Universidade Federal Fluminense. LabDGE (Laboratório de Design Thinking, Gestão e Engenharia Industrial). v. 3, n. 5 (ago. 2022). – Volta Redonda: Universidade Federal Fluminense, 2022.

Mensal.

Coordenação de: Robisom Damasceno Calado

ISSN (online): 2675-4924

ISSN (impresso): 2675-5092

1. Lean seis sigma. 2. Avaliação das UPA. I. Universidade Federal Fluminense. LabDGE Laboratório de Design Thinking, Gestão e Engenharia Industrial). II. Calado, Robisom Damasceno (coord.).

CDD 658.4032

Apresentação

Esta edição da Revista Lean na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), produto da parceria entre a Universidade Federal Fluminense e o Ministério da Saúde do Brasil, surgiu com o objetivo de compartilhar o conhecimento entre os profissionais das UPA, buscando inteirá-los sobre os métodos e ferramentas Lean Healthcare aplicadas no Projeto Lean na UPA. Esta edição da revista é apresentada com imagens e textos curtos, de forma a facilitar a compreensão e estimular os profissionais de saúde, para que coloquem em prática os conhecimentos adquiridos. Dessa forma, será possível promover e valorizar as melhorias que estão sendo realizadas e incentivar a criação de novas ideias, orientados pela implementação das Boas Práticas.

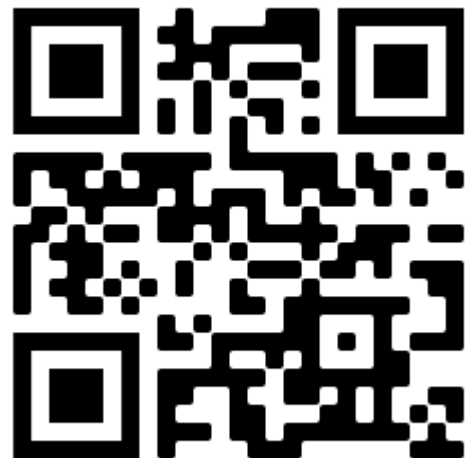
Robisom Damasceno Calado
Coordenador do Projeto Lean na UPA

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h que foram beneficiadas e fazem parte do Projeto Lean na UPA

UPA 24h Coruripe - Coruripe - AL.
UPA 24h Roosevelt Falcão Cavalcante (Benedito Bentes) - Maceió - AL.
UPA 24h Dr. José Alfredo Vasco Tenório (Trapiche da Barra) - Maceió - AL.
UPA 24h Vale dos Barris - Salvador - BA.
UPA 24h Valéria - Salvador - BA.
UPA 24h Parque São Cristóvão - Salvador - BA.
UPA 24h Paripe - Salvador - BA.
UPA 24h Norte - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Nordeste - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Venda Nova (Francisco Clemente da Rocha) - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Oeste - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Barreiro - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Noroeste II HOB (Odilon Behrens) - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Leste - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Centro Sul - Belo Horizonte - MG.
UPA 24h Dr. Juvenal Paiva - Sete Lagoas - MG.
UPA 24h Joel Rodrigues da Rocha (Moreninha) - Campo Grande - MS.
UPA 24h Dr. Carlos Vinícius P. de Oliveira (Jardim Leblon) - Campo Grande - MS.
UPA 24h Santa Mônica - Campo Grande - MS.
UPA 24h Aparecida Gonçalves Saraiva (Universitário) - Campo Grande - MS.
UPA 24h Dr. Walfrido Arruda (Coronel Antonino) - Campo Grande - MS.
UPA 24h Dr. Alessandro M. de Souza Silva (Vila Almeida) - Campo Grande - MS.
UPA 24h DASAC (Sacramenta) - Belém - PA.
UPA 24h DAGUA (Terra Firme) - Belém - PA.
UPA 24h DAICO (Icoaraci) - Belém - PA.
UPA 24h Jurunas - Belém - PA.
UPA 24h Marambaia (João Menezes) - Belém - PA.
UPA 24h Dr. Raimundo Maia (Dr. Maia - Alto Branco) - Campina Grande - PB.
UPA 24h Dr. Adhemar Dantas (Dinamérica) - Campina Grande - PB.
UPA 24h Piancó - Piancó - PB.
UPA 24h Renascença (Pastor José da Silva Neto) - Teresina - PI.
UPA 24h Promorar (Dr. Luiz Nódgi Nogueira Filho) - Teresina - PI.
UPA 24h Sítio Cercado - Curitiba - PR.
UPA 24h Pinheirinho - Curitiba - PR.
UPA 24h Campo Comprido - Curitiba - PR.
UPA 24h Boa Vista - Curitiba - PR.

UPA 24h Cajuru - Curitiba - PR.
UPA 24h Francisco de Arruda Leite (Sabará) - Londrina - PR.
UPA 24h Maria Angélica Castoldo (Centro Oeste) - Londrina - PR.
UPA 24h Zona Sul - Maringá - PR.
UPA 24h Zona Norte - Maringá - PR.
UPA 24h Dr. Mário Monteiro (Unidade Municipal de Urgência) - Niterói - RJ.
UPA 24h Madureira - Rio de Janeiro - RJ.
UPA 24h Engenho de Dentro - Rio de Janeiro - RJ.
UPA 24h João XXIII - Rio de Janeiro - RJ.
UPA 24h Cidade de Deus - Rio de Janeiro - RJ.
UPA 24h Magalhães Bastos - Rio de Janeiro - RJ.
UPA 24h Rocha Miranda - Rio de Janeiro - RJ.

Confira a listagem de todos os projetos LabDGE em:



Estudo e Pesquisa para aprimoramento da Rede e Promoção do Acesso aos Serviços de Saúde (MS/UFF-2021/2022). TED 15/2021. Contato: projetoupa.labdge.propi@id.uff.br - (19) 99120-5528 (Robisom Calado - Coordenação do projeto)

Sumário

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

INTRODUÇÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
O QUE É CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?	9
QUANDO É FEITA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?	10
ONDE É FEITA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?	10
POR QUE É FEITA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?	12
QUEM REALIZA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?	13
A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO TEM ALGUM CUSTO?	14
COMO É REALIZADA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17
AGRADECIMENTOS	220

Classificação de Risco

Introdução

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. Deve funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências que para reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas (BRASIL, 2022).

O objetivo é garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e referenciá-los para os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assim como para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2021).

A RAS é constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras (BRASIL, 2022).

A superlotação dos serviços de emergência é cada vez maior, o que congestiona o acesso aos serviços de saúde devido ao aumento da procura, ao bloqueio do acesso a este tipo de serviços e, paradoxalmente, à aumento da capacidade clínica nos serviços de urgência (Ahsan et al., 2019). Esse aumento da capacidade clínica dos serviços de emergência é resultado dos avanços tecnológicos relacionados às técnicas assistenciais e administrativas, e no Brasil, à criação das UPA 24h. Embora haja mais vagas, há uma maior demanda dos serviços de emergência pela população, especialmente devido ao aumento da densidade populacional em centros urbanos (BRASIL, 2021; De lima, 2022; Busatto et al., 2022).

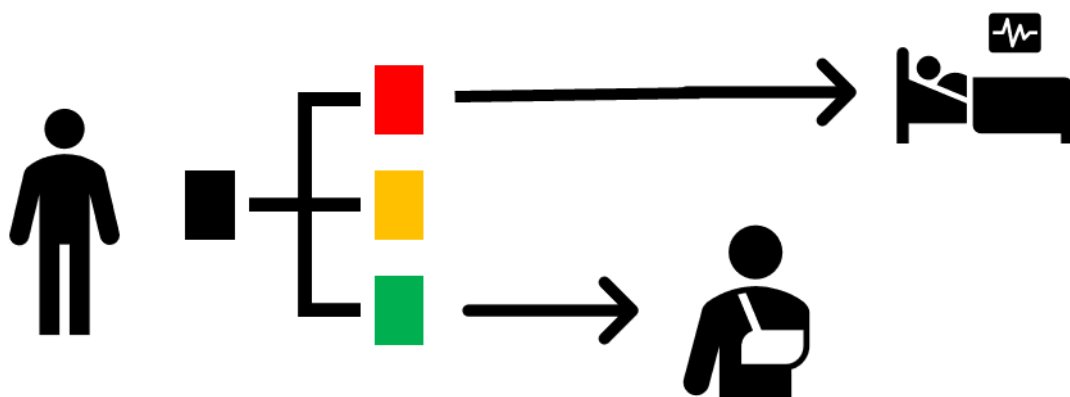
Isso é um problema pois acaba tendo como resultado a superlotação e sobrecarga das equipes atuantes nas UPAs. Algumas vezes, essa superlotação pode ser vista como um desequilíbrio entre a oferta e procura, e pode ser cada vez mais agravada por questões como a falta de organização, baixa qualidade ou e ausência de critérios clínicos, acarretando em prejuízo para a instituição e pacientes (COSTA SANTANA et al., 2022; RONCALLI, 2017).

Ao longos dos anos o Serviço de Emergência Hospitalares (SEH) tem sido acometido cada vez mais pela superlotação hospitalar, associado a diversos problemas como precariedade nas organizações e

padronizações desses serviços, fazendo com que dessa força tenha desfechos indesejáveis afetando o cliente, serviços e sistema de saúde (SACOMAN, 2019).

A utilização de estratégias de gestão nas unidades de saúde, especialmente as unidades de emergência, pode ajudar a reduzir essa superlotação. Melhorando o tempo de atendimento, reduzindo a morbimortalidade, a sobrecarga dos profissionais e o tempo de permanência dos pacientes de baixa acuidade, que são os que mais se encontram nas UPA 24h (CHAVES, 2022; LINO et al., 2022).

Através de protocolos padronizados, baseados em sinais e sintomas fisiopatológicos, com o auxílio do olhar crítico do profissional da saúde, a Classificação de Risco pode auxiliar a gerenciar o fluxo de pacientes que chegam à uma unidade de emergência. A partir da priorização dos pacientes mais graves, que são atendidos primeiro, em detrimento dos que têm agravos de menor acuidade, ou eletivos, pois esses podem esperar para serem atendidos (SACOMAN, 2019).

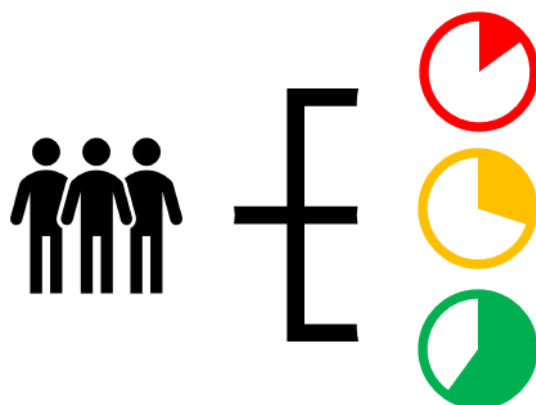


O que é Classificação de Risco?

A classificação de risco é uma ferramenta na qual pode auxiliar o profissional da saúde nas funções de regular a demanda assistencial e organizar as prioridades no atendimento dos pacientes. A classificação também ajuda como um recurso de informações para os clientes que possuem problemas menos urgentes e que passarão mais tempo na espera de um atendimento (RONCALLI, 2017).

Na classificação de risco se tem a identificação dos pacientes que precisam de atendimento mais rapidamente, levando em conta o risco de vida que ele possui, o risco de agravamento do seu quadro de saúde e sofrimento, dessa forma priorizando seu atendimento em serviços de urgência e emergência.

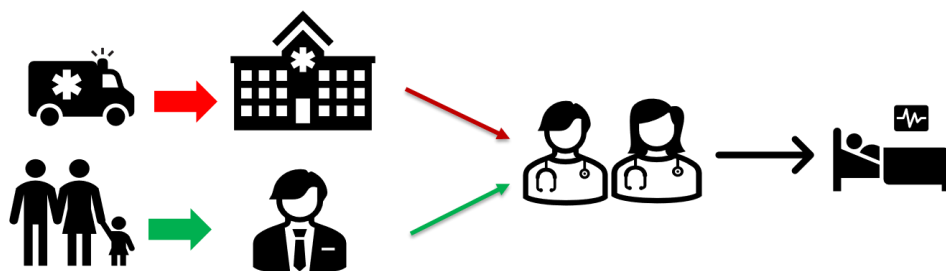
O objetivo da classificação de risco é priorizar os pacientes que chegam e identificar aqueles que não podem esperar. Tudo isso é feito através de uma breve e focada avaliação na qual é atribuído ao paciente um nível de acuidade de triagem, que é uma medida de quanto tempo um paciente pode esperar por um exame médico e tratamento. (EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, 2020).



Quando é feita a classificação de Risco?

A classificação de risco deve ser realizada na entrada do paciente em uma unidade de emergência. É a partir dela que todos os profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde a um paciente, saberão quais recursos ele demanda, quanto tempo pode esperar e qual será o fluxo desse paciente dentro da unidade. (SES-RJ, 2022)

Sendo realizada no momento da entrada do paciente na unidade, é possível planejar melhor seu tratamento, diminuir a iminência de morte ou complicações e diminuir o tempo de espera por um exame necessário.



Onde é feita a Classificação de Risco?

Em uma visão cosmopolita, em todo o mundo se utiliza os protocolos de classificação de risco. E os mais utilizados são: Australian Triage Scale, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, Emergency Severity Index e Manchester Triage Scale. Já no Brasil, as instituições de saúde, bem como as secretarias de saúde estaduais, desenvolvem e implementam seus próprios protocolos. Nas UPAs

costuma-se usar um protocolo adaptado da Manchester Triage Scale (HERMIDA, 2018).

O protocolo de Manchester Triage System (TMS) surgiu na cidade de Manchester, no Reino Unido com o objetivo de estabelecer prioridade no atendimento apresentado nas emergências com os devidos critérios clínicos, dessa foram priorizando aqueles pacientes sob condições clínicas com maior risco (ZAKERI et al., 2022).

Do ponto de vista local, institucional, a classificação de risco se aplica em Hospitais de Emergência e Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h), que compõem a Rede de Assistência à Saúde. Deve ser realizada em uma sala designada para esta atividade. (SES-RJ, 2022)

As escalas de classificação de risco são aplicadas nas diferentes nacionalidades de acordo com a cultura local e suas demandas, conforme sinaliza a literatura especializada a respeito das escalas de classificação de risco. Embora algumas escalas tenham um mesmo fundamento, ou mesmo são baseadas umas nas outras, apresentam critérios específicos que dificultam sua aplicação nas diferentes localidades. (RODRIGUES, 2022)

Os protocolos para classificação de risco são ótimas ferramentas, mas ao mesmo tempo devem ser tomados certos cuidados para que não seja isolado, pois para um protocolo ser bem implementado precisam se envolver fatores culturais e sociais, para que dessa forma ocorra uma adequada avaliação do risco de cada paciente dentro da instituição (RONCALLI, 2017).

Por que é feita a Classificação de Risco?

O uso da classificação de risco traz diversos benefícios para a instituição na qual faz seu uso, tanto para a equipe quanto para os usuários, que se beneficiam de um atendimento mais ágil e humanizado. A padronização dos critérios de avaliação respaldam os profissionais da saúde, que recebem treinamento para a aplicação na prática, dando mais qualidade ao atendimento do paciente (SES-RJ, 2022; CHAVES, 2022).

A Classificação de risco fornece atendimento priorizado, segundo o grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada em gestão de linhas de cuidados (BRASIL, 2022).



Quem realiza a classificação de Risco?

Somente profissionais de ensino superior podem realizar a classificação de risco (médico e enfermeiro). Mas em todo o Brasil, o principal responsável por essa atividade é o enfermeiro. Essa norma está estabelecida pela resolução COFEN 661/2021, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (CONFEN, 2021).

O profissional de enfermagem é indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes, sendo orientado por um protocolo, geralmente o Manchester Triage System. A Resolução COFEN 661/2021, em seu artigo 1º, dispõe que no âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão (COFEN, 2021).

Deve ser integrado e articulado com os demais componentes pertencentes a Rede de Urgência e Emergência: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24h e Atenção Domiciliar; por meio de pactuações consolidadas a partir do Plano de Ação Regional. (BRASIL, 2022)

A Classificação de Risco tem algum custo?

O uso da Classificação de Risco de forma padronizada pode diminuir os custos para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isso se deve ao fato de que a utilização de um modelo padronizado com etapas claras pode reduzir o tempo de permanência dos pacientes dentro das Unidades de Saúde e prever a quantidade de recursos que cada paciente irá demandar, permitindo assim um melhor planejamento dos insumos e gastos de maneira geral (CHAVES, 2022).



Como é realizada a classificação de Risco?

Para se classificar o risco deve-se considerar as desigualdades das demandas, isso implica em humanizar todo o processo e entender cada pessoa de forma única respeitando suas singularidades, onde

cada uma tem uma necessidade específica. Dessa forma, acolhendo as pessoas que precisam, prestar um atendimento de qualidade, com educação, humanização e ética (SOARES et al., 2018).

O Ministério da Saúde (MS) através da Política Nacional de Humanização desenvolveu diversos protocolos no qual se tem como objetivo melhorar e agilizar o atendimento dos pacientes que precisam de uma conduta mais imediata. A classificação de risco aplicado pelos profissionais da saúde e equipe irá avaliar a gravidade ou potencial de agravamento, também será analisado o sofrimento do paciente (SES-RJ, 2022).

Manchester triage system

O Sistema de Triagem Manchester (MTS) surgiu na Inglaterra, tem uma lista de 53 fluxogramas que são combinados com a queixa principal reportada pelo paciente e registrado em formulário pelo profissional de enfermagem. A classificação é dividida em cinco cores: Vermelho, imediato; Laranja, Muito Urgente; Amarelo, Urgente; Verde, Padrão; e Azul, Não-urgente (ZAKERI et al., 2022).

Possui cinco níveis e para cada nível é atribuído uma cor e o tempo estimado de atendimento.

As cores e o tempo são descritos da seguinte forma: Vermelho, determina a condição de emergência para atendimento imediato; Laranja está voltada a urgência com atendimento menor que 10 minutos; Amarela sugere urgência com atendimento menor de 60 minutos; A cor verde determina os usuários com pouca urgência, que não precisam de atendimento imediato e seu cuidado pode ocorrer em

até 120 minutos; Os pacientes classificados com a cor azul são considerados não urgentes e seu atendimento pode ocorrer em 240 minutos (ZAKERI et al., 2022; JESUS et al., 2021).



Considerações Finais

Diante do entendimento da importância da classificação de Risco para os sistemas de emergência hospitalar, e da sua integração com os outros setores, faz-se necessária uma padronização em âmbito nacional, utilizando critérios atualizados e que levem em conta a pluralidade da cultura brasileira e as especificidades de cada Região do país.

O mapeamento do fluxo do paciente, o uso de protocolos padronizados, a gestão visual por meio de cores, os investimentos na redução do tempo de permanência do paciente na unidade, constituem-se importantes ferramentas para a gestão pública, em prol da melhora da qualidade dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

Ahsan, K. B., Alam, M. R., Morel, D. G., & Karim, M. A. (2019). Emergency department resource optimization for improved performance: a review. *Journal of Industrial Engineering International*, 15(s1), 253-266. DOI 10.1007/s40092-019-00335-x.

Busatto, R. C., Mendes, C. carlos S., Correio, R. A. duenhas, & Myszczyk, A. paula. (2022). Análise de dados de atendimento pré-hospitalar das ambulâncias do corpo de bombeiros militar do estado do paraná antes e durante a pandemia COVID-19 na cidade de Curitiba-PR. XIX ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 21.

CHAVES, S. M. A. (2022). Fast Track Nas Upas - Análise Das Oportunidades E Das Melhorias Contínuas. 207 f. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Gradua o em Ciências e Biotecnologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (2021). Resolu o COFEN-661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participa o da Equipe de Enfermagem na atividade de Classifica o de Risco. Brasília.

De Jesus, A. P. S., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., & Batista, R. E. A. (2021). Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20201361. ISSN 1984-0446. DOI 10.1590/0034-7167-2020-1361.

De Lima, F. E. R. S. (2022). Análise comparativa de técnicas compensatórias de drenagem urbana nos municípios de Natal e Mossoró. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso, Bacharel em Engenharia Ambiental, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Brasil.

Emergency Nurses Association - ENA. (2020). ESI - Emergency Severity Index: A Triage Tool for Emergency Department Care (2020th ed., version 04). Emergency Nurses Association (ENA).

Hermida, P. M. V. et al. (2018). Acolhimento com classifica o de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo Extraído da tese "Avalia o de uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao Acolhimento com Classifica o de Risco", Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03318. ISSN 1980-220X. DOI 10.1590/S1980-220X2017001303318.

Lino, A. P. B. L., Bernardes, K. A. G., De Melo, L., Lot, L. T., Fernandes, A. S., Azevedo, P. R. C., Trabasso, P., & De Oliveira Filho, A. G. (2022). LEAN nas emergências: atua o na superlota o da unidade de emergência referenciada

do hospital de clínicas da Unicamp. *Brazilian Journal of Development*, 08(03), 22372-22378. DOI 10.34117/bjdv8n3-435. ISSN 2525-8761.

Ministério Da Saúde. (2020). *Fast-Track para a Atenção Primária em Locais com Transmissão Comunitária: Fluxo Rápido*. Secretaria De Atenção Especializada À Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2021). *Programa Arquitetônico Mínimo Unidade De Pronto Atendimento Upa 24 H* Secretaria de Atenção Especializada em Saúde, Coordenação geral de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde. BRASIL, Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Atenção Especializada (2013). *Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Available at: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

Ministério Da Saúde (2022). *Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências*. Atualizada, Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério Da Saúde (2021). *Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)*. Atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Rodrigues, L. E. M., Chaves, S. M. A., Bourguignon, S. C., Calado, R. D., & Ramos, J. R. S. (2022). Protocolos De Classificação De Risco - Uma Revisão De Escopo. *Revista Saúde em Redes*, 8(3). Editora Rede Unida. ISSN 2446-4813.

Roncilli, A. A., de Oliveira, D. N., Silva, I. C. M., Brito, R. F., & Viegas, S. M. F. (2017). Protocolo De Manchester E População Usuária Na Classificação De Risco: Visão Do Enfermeiro. *Revista baiana de enfermagem* 31(2), e16949. Salvador. DOI 10.18471/rbe.v31i2.16949.

Santana, B. C., Oliveira , A. T., & Araújo, R. V. (2022). A percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no atendimento de urgência e emergência. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 3(5), e351491. ISSN 2675-6218. DOI: 10.47820/recima21.v3i5.1491. Disponível em: <https://www.recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1491>. Acesso em: 28 jul. 2022.

Sacoman, T. M., Beltrammi, D. G. M., Andreazza, R., Cecílio, L. C. O., & Dos Reis, A. A. C. (2019). Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde em Debate*, 43(121), pp. 354-367. ISSN 2358-2898. DOI 10.1590/0103-1104201912105.

Secretaria De Saúde Do Estado Da Bahia (2014). Secretaria de Saúde. *Protocolo Estadual De Classificação De Risco*.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (2022). *Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o*

dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. Rio de Janeiro: 1, 45 p.

Soares, A. C.L., Brasileiro, M., & Souza, D.G. (2018). Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 8(22), 22-33. São Paulo. DOI 10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.22-33.

Zakeri, H., Afshari Saleh, L., Niroumand, S., & Ziadi-lotfabadi, M. Comparison the Emergency Severity Index and Manchester Triage System in Trauma Patients. *Bulletin of emergency and trauma*, 10(2), 65-70. DOI 10.30476/BEAT.2022.92297.1302.

Agradecimentos



**Universidade Federal Fluminense - UFF
Coordenação do Projeto Lean nas UPA
Robisom Damasceno Calado**

**Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e
de Urgência/DAHU.**

**Ministério da Saúde Secretaria de Atenção
Especializada à Saúde/SAES**