



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO - UNiVS  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU DA UNiVS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA**

**ANAYANY KÉSSIA ANDRADE BATISTA**

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE  
RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS  
USUÁRIOS**

**ICÓ - CEARÁ  
2022**

ANAYANY KÉSSIA ANDRADE BATISTA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**

Artigo apresentado à coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), como requisito para obtenção do grau de especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência.

**Orientador:** Prof. Me. Rafael Bezerra Duarte

ANAYANY KÉSSIA ANDRADE BATISTA

Artigo apresentado à coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), como requisito para obtenção do grau de especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência.

Aprovado em: 24 de setembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA:**



---

**Prof. Me. Rafael Bezerra Duarte**  
Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS)  
*Orientador*



---

**Profa. Ma. Ivanise Freitas da Silva**  
Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS)  
*Avaliadora*



---

**Prof. Me. Otácio Pereira Gomes**  
Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS)  
*Avaliador*

## ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Anayany Késsia Andrade Batista<sup>1</sup>

Rafael Bezerra Duarte<sup>2</sup>

### RESUMO

A classificação de risco consiste em um método que se baseia, sobretudo, nos protocolos e nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por objetivo identificar as particularidades, no tocante à gravidade de cada usuário que busca assistência, de acordo com suas necessidades de saúde naquele dado momento do seu processo saúde-doença. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar a produção científica existente sobre a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência segundo a percepção dos usuários atendidos pelo SUS. Trata-se de um estudo descritivo, materializado por meio de uma pesquisa bibliográfica, classificada como Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com enfoque qualitativo. A busca dos artigos foi realizada de forma pareada, entre julho e agosto de 2022, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram usados como filtros: estudos publicados entre 2008 – 2022, e disponíveis em texto completo e gratuito para download. O recorte temporal a partir de 2008 se justifica por ser o ano em que se iniciou o uso do Sistema de Triagem de Manchester. Foram incluídos os estudos que versam sobre a temática supracitada e excluídos, revisões, teses, dissertações e artigos duplicados e/ou repetidos. Para o levantamento dos artigos, utilizou-se as seguintes combinações com Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Acolhimento” AND “Emergências” (chave de busca 1); e “Triagem” AND “Pacientes” AND “Atendimento de emergência” (chave de busca 2). Após análise e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta de 11 artigos. Diante dos resultados, foi possível agrupar os conteúdos por semelhança de conteúdos, emergindo assim duas categorias: *1 - Percepção positiva dos usuários acerca da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência;* *2 - Falta de compreensão dos usuários sobre a importância da classificação de risco e dificuldades enfrentadas pelos serviços de urgência e emergência.* Destaca-se que essa revisão possui potencial para estimular a elaboração de estratégias que potencialize os aspectos positivos e minimize e/ou elimine os aspectos negativos referidos pelos usuários do SUS em relação à classificação de risco. Faz-se necessário o desenvolvimento de ações educativas que proporcionem o conhecimento dos usuários acerca da classificação de risco, sua função e objetivos, assim como, ações de educação permanente com os enfermeiros (que estão à frente da classificação de risco) de forma que estimule e ofereça condições para que a humanização seja empregada como tecnologia indispensável na classificação de risco.

**Descritores:** Acolhimento. Atendimento de emergência. Emergências. Pacientes. Triagem.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem em Urgência e Emergência – Centro Universitário Vale Do Salgado (UniVS);

<sup>2</sup> Enfermeiro. Docente. Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Estadual do Ceará (UECE).

## **ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION ABOUT THE RISK CLASSIFICATION IN URGENCY AND EMERGENCY SERVICES IN THE PERCEPTION OF USERS**

### **ABSTRACT**

Risk classification is a method that is based, above all, on protocols and doctrinal principles of the Unified Health System (SUS). It aims to identify the particularities, regarding the severity of each user who seeks assistance, according to their health needs at that moment in their health-disease process. Therefore, the present study aims to analyze the existing scientific production on risk classification in urgency and emergency services according to the perception of users served by the SUS. This is a descriptive study, materialized through a bibliographic research, classified as Integrative Literature Review (INR), with a qualitative approach. The search for articles was carried out in a paired manner between July and August 2022 in the following databases: Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The following were used as filters: studies published between 2008 – 2022, and available in full text and free for download. The time frame from 2008 is justified because it is the year in which the use of the Manchester Triage System began. Studies that deal with the aforementioned topic were included and excluded, reviews, theses, dissertations and duplicate and/or repeated articles. For the survey of articles, the following combinations with Health Sciences Descriptors (DeCS) were used: “Reception” AND “Emergencies” (search key 1); and “Triage” AND “Patients” AND “Emergency care” (search key 2). After analyzing and applying the inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 11 articles. In view of the results, it was possible to group the contents by similarity of contents, thus emerging two categories: 1 - Positive perception of users about the classification of risk in urgency and emergency services; 2 - Users' lack of understanding about the importance of risk classification and difficulties faced by urgency and emergency services. It is noteworthy that this review has the potential to stimulate the development of strategies that enhance the positive aspects and minimize and/or eliminate the negative aspects mentioned by SUS users in relation to risk classification. It is necessary to develop educational actions that provide users with knowledge about risk classification, its function and objectives, as well as continuing education actions with nurses (who are in charge of risk classification) in a way that encourages and offer conditions for humanization to be used as an indispensable technology in risk classification.

**Key words:** Reception. Emergency service. Emergencies. Patients. Screening.

### **INTRODUÇÃO**

As Unidades de Urgência e Emergência, dentro do setor saúde, têm papel fundamental, principalmente, no Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, visualiza-se que esses serviços se encontram, muitas das vezes, superlotados por decorrência de diversos fatores. Nesse sentido, para que estes consigam executar uma assistência adequada, resolutiva e com qualidade, necessitam se alinhar, em concordância com exigências excessivas, como o quesito estrutural das redes de saúde, recursos humanos capacitados e, sobretudo, dispor de um serviço de classificação de risco efetivo (SAMPAIO *et al.*, 2022; CORREA *et al.*, 2022).

A classificação de risco pode ser definida como um método que se baseia, principalmente, em protocolos e nos princípios doutrinários do SUS. Esse sistema de especificação, objetiva identificar as particularidades, no tocante à gravidade de cada sujeito que busca assistência, de acordo com suas necessidades de saúde naquele dado momento do seu processo saúde-doença (SILVA *et al.*, 2021; SOARES; BRASILEIRO; SOUZA, 2018).

Nesse cenário, uma das classificações mais evidentes na atualidade é a classificação de risco de Manchester, executada nas unidades que prestam cuidados de urgência e emergência. A classificação de risco de Manchester tem como finalidade o gerenciamento do nível de gravidade que se encontra o paciente (SILVA *et al.*, 2021).

Para cada grau de especificidade, é destinada uma cor específica. Para os casos de emergência, é evidenciada pela cor vermelha, não havendo tempo de espera, ou seja, o atendimento necessita ser imediato. Já a cor laranja corresponde aos casos chamados de muito urgentes, com características quase imediatas, que têm um tempo de espera de dez minutos. A cor amarela está atrelada ao atendimento de urgência, no qual o paciente pode esperar cerca de cinquenta minutos. A cor verde se refere a um atendimento de baixa prioridade, que pode ser transferido para outro setor, onde o paciente pode aguardar cento e vinte minutos, é também classificado de pouco urgente. Por fim, a cor azul, para chamadas não urgentes, que podem aguardar até duzentos e quarenta minutos (SAMPAIO *et al.*, 2022).

Destaca-se ainda que a classificação de risco através do protocolo de Manchester, tem como objetivo identificar e diferenciar rapidamente os pacientes que estão em risco iminente de morte e necessitam de atendimento imediato daqueles que podem esperar mais tempo e receber atendimento médico com segurança. A triagem é feita pelo enfermeiro especialista que realiza a entrevista, exame físico e verificação de sinais vitais, e a partir desses dados é realizada a correta triagem de risco desse paciente, o qual é reavaliado continuamente e, ao final, define-se a complexidade do caso. No entanto, convém destacar a superlotação enquanto dificuldade para o atendimento adequado do enfermeiro (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Além do mais, essa classificação é usada no setor de triagem, auxiliando o processo de trabalho da equipe de saúde. Assim, faz-se necessário que o serviço execute essa classificação, visando o acolhimento e uma escuta qualificada para suprir as necessidades daquela pessoa que está sob cuidados (SPAGNUOLO *et al.*, 2017).

Essa escuta qualificada, sobretudo humanizada, impacta diretamente na resolutividade dos casos graves e na potencialização dos prognósticos desses sujeitos. Entretanto, por mais que tenha acontecido essa organização em relação às demandas graves nos serviços de urgência e emergência, é possível visualizar um acréscimo de tempo nos casos considerados menos

graves, causando insatisfação e angústia dos usuários, sobretudo, dos que fazem uso dos serviços de urgência e emergência vinculados ao SUS (CORREA *et al.*, 2022).

Assim, é necessário que os serviços de saúde desenvolvam um processo de conscientização respeitosa e digna, acerca da assistência prestada, privacidade no atendimento e oportunidade de falar sobre assuntos entre profissional e paciente (CORREA *et al.*, 2022; SOARES; BRASILEIRO; SOUZA, 2018). Além disso, os usuários configuram-se enquanto elemento fundamental para a assistência nos serviços de saúde, devendo reconhecer corretamente a funcionalidade da classificação de risco para então compreenderem o motivo de terem sido classificados com determinada preferência durante a triagem. Ressalta-se que é bem comum que as pessoas não reconheçam a importância da classificação de risco, o que interfere nos resultados em saúde (SILVA *et al.*, 2021).

Frente ao exposto, o presente estudo parte da seguinte questão norteadora: O que as produções científicas apresentam acerca da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência segundo a percepção dos usuários atendidos pelo SUS?

Tal estudo se desenvolve pelo interesse em melhor compreender, mediante os achados da literatura científica atualizada, qual a percepção dos usuários do SUS no que diz respeito a classificação de risco nas unidades de urgência e emergência, uma vez que, esse fato se torna essencial para a reorientação dos serviços mediante o princípio da participação da comunidade no SUS.

Além disto, tem-se como motivação pessoal para a realização dessa pesquisa a inserção da pesquisadora no cenário prático de classificação de risco no serviço hospitalar de emergência, que lhe fez notar a gravidade do desconhecimento dos usuários acerca da classificação de risco, levando a conflitos e manifestação de violência com a equipe. Assim, julga-se necessário a realização desse estudo, com vistas a fomentar estratégias para que os usuários sejam orientados/sensibilizados quanto a importância da classificação de risco.

Ainda se vislumbra a relevância desse estudo para os contextos acadêmico, profissional e social. No contexto acadêmico, este estudo trará novos conhecimentos acerca da temática, assim como poderá despertar o interesse por novos estudos, sobretudo, estudos primários, ou seja, pesquisas de campo acerca da percepção dos usuários sobre a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

Para os profissionais, os resultados desse estudo podem favorecer a formulação de estratégias para educação da população acerca da classificação de risco, melhorando o vínculo e a confiabilidade do enfermeiro com os pacientes e viabilizando uma comunicação efetiva na assistência, além de instigar a realização de novos estudos que respondam possíveis lacunas

evidenciadas nesta pesquisa. No contexto social, reflete-se que as percepções dos usuários do SUS sobre a classificação de risco podem proporcionar programas e políticas de melhoria do acesso aos serviços de urgência e emergência, além de garantir a participação ativa da comunidade na gestão desses serviços, contribuindo para um SUS que dá certo, o que tem retorno para toda a sociedade.

O objetivo dessa pesquisa é analisar a produção científica existente sobre a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência segundo a percepção dos usuários atendidos pelo SUS.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

De acordo com as bases jurídicas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), as leis 8080/1990 e 8142/1990, a participação da comunidade na gestão desse sistema é de fundamental importância para que a assistência de qualidade e eficiente seja ofertada (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; GOMES; ÓRFÃO, 2021). Nesse sentido, é importante compreender as percepções que os usuários do SUS têm a respeito desse sistema, o que impacta significativamente em sua avaliação e participação na gestão.

Em um estudo realizado com 30 usuários do SUS (em que metade se encontravam em atendimento hospitalar e a outra metade em atendimento na Estratégia Saúde da Família), destaca-se a percepção dos participantes acerca das dificuldades existentes para o acesso aos serviços do SUS, como demora para atendimento e insatisfação com o serviço e com os profissionais. Além disso, os participantes relataram reconhecer que possuem direitos garantidos por lei, no entanto, pouco sabem a respeito de suas participações através do conselho de saúde, o que reflete na problemática da não participação na gestão do sistema (já que não possuem conhecimento sobre o órgão colegiado) (SILVA; COSTA; PONTES, 2020).

Nessa perspectiva, cabe destacar a carta de direitos dos usuários do SUS que se embasa a partir dos seguintes princípios basilares: i) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; ii) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; iii) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; iv) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; v) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; vi) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2011). É a partir desses princípios que os usuários podem reconhecer seus direitos e compreender sua

participação dentro do SUS, não apenas como usuários, mas como contribuintes ativos no processo de promoção da saúde.

Outro documento que reforça a participação do usuário no SUS diz respeito a Política Nacional de Humanização que tem como um de seus princípios o Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Além disso, uma de suas diretrizes diz respeito à gestão participativa e cogestão (BRASIL, 2013a). Nesse contexto, cabe destacar que o acesso à informação é um elemento essencial para que o usuário do SUS se insira no papel de agente transformador do sistema, refletindo, conseqüentemente, na promoção do cuidado integral à saúde. Destaca-se que a equipe de saúde deve estar sensível à importância do empoderamento do indivíduo, tornando-o corresponsável e protagonista no seu autocuidado.

Dentre os diversos serviços que são ofertados no SUS que merecem a compreensão sobre a percepção do usuário, cabe evidenciar os serviços de urgência e emergência, já que representam grande complexidade e que estão diretamente associados à sobrevida e mortalidade dos pacientes que adentram, especialmente aqueles em situação de emergência. Importante salientar a diferenciação entre urgência e emergência. De acordo com a portaria 354/2014 que propõe um projeto de resolução “boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência”, pode-se destacar que:

Urgência diz respeito a ocorrência imprevista de agravo à saúde como ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; enquanto emergência se refere a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2014, p. 02).

Os Serviços de Urgência e Emergência (SUE) são essenciais na assistência em saúde e possuem caráter de porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalta-se que atualmente dispõe-se da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde, composta pelos seguintes componentes: promoção, prevenção e vigilância em saúde; atenção básica; serviço de atendimento móvel às urgências; sala de estabilização; unidade de pronto atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas e componente de atenção hospitalar (BRASIL, 2013b).

É importante destacar que para o funcionamento da RUE, deve-se levar em consideração a participação popular, através da avaliação dos usuários dos serviços. A partir da percepção dos usuários é possível traçar estratégias para melhorar a assistência e diminuir o tempo de permanência no serviço. Nesse cenário, ao longo dos anos, os pesquisadores

brasileiros vêm desenvolvendo estudos na perspectiva de melhorar a assistência prestada nos equipamentos de saúde. A cada dia novos protocolos, sistema de informação, programas e política que operacionalize e auxiliem na redução do fluxo de atendimento, e conseqüentemente na diminuição das filas de espera nos serviços de urgência e emergência (SILVA *et al.*, 2019).

Dentre esses instrumentos, é necessário ressaltar um dispositivo indispensável na assistência à saúde para operacionalização da Política Nacional de Humanização, o acolhimento com classificação de risco, que otimiza a organização do trabalho em saúde e potencializa a efetividade da clínica (MENDES *et al.*, 2018).

Assim, é essencial evidenciar estudos que retratam as principais tecnologias que são utilizadas na classificação de risco dentro dos serviços de urgência e emergência (CAMILO *et al.*, 2020). Destaca-se que existem diversos protocolos que são usados no processo de triagem, como: a Escala de Triagem de Manchester, Escala de Triagem Australiana, Escala de Triagem Canadense (SILVA *et al.*, 2019).

A Escala Australiana de Triagem, é constituída por cinco categorias de urgência, essas com finalidade de descrição clínica, que objetiva avaliar os parâmetros comportamentais e clínicos das pessoas, na Categoria 1: risco imediato de vida – atendimento imediato; Categoria 2: risco iminente de vida – 10 minutos; Categoria 3: potencial risco de vida – 30 minutos Categoria 4: pacientes sérios potencialmente – 60 minutos; Categoria 5: pacientes menos urgentes – 120 minutos. Se faz necessário salientar que o enfermeiro é o principal que aplica essa escola (SANTOS FILHO, 2013; ARRUDA *et al.*, 2022).

Já a Escala Canadense de Triagem ou Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), foi desenvolvida em 1995, entretanto passa a ser padrão em 1990, pela chamada departamentos de urgência e emergência do Canadá (SANTOS FILHO, 2013; PREVIDELLI *et al.*, 2021).

Esta tecnologia está ligada com o antever os números de internação, para além disso, é uma os estudos vêm mostrando a confiabilidade dessa escola no tocante a avaliação rápida do paciente. A escola é formada por cinco níveis, cada nível é identificado com uma cor. O Nível 1: reanimação – azul: imediato; Nível 2: emergente – vermelho: 15 minutos; Nível 3: urgente – amarelo: 30 minutos; Nível 4: menos urgente – verde: 60 minutos; Nível 5: não urgente – branco: 120 minutos (SANTOS FILHO, 2013; PREVIDELLI *et al.*, 2021).

O Sistema de Triagem de Manchester ou Manchester Triage System (STM), é de originalidade da Inglaterra, criado no ano de 1997, objetivando diminuir e organizar o tempo de espera no atendimento médico nos serviços de urgência e emergência. Na sociedade brasileira a triagem de Manchester foi implementada no ano de 2008, especificamente em

Minas Gerais. Assim, esse protocolo está a cada dia se fortalecendo em seu processo de consolidação, mediante a realização de adaptação, com rotinas revisões, que influenciam na melhoria do atendimento ao paciente (SANTOS FILHO, 2013; CAMILO *et al.*, 2020).

## **MÉTODO**

### **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, materializado através de uma pesquisa bibliográfica, classificada como Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com enfoque qualitativo.

O estudo descritivo possui a finalidade de detalhar as características de uma determinada população ou fenômeno estudado, se apropriada de técnicas padronizadas e de instrumentos com o objetivo de coletar dados, buscando compreender a razão e o porquê de cada situação, procurando captar o máximo de informação possível (GIL, 2010).

Segundo Batista *et al.* (2021) a RIL está associada com uma maneira de se compreender o “estado da arte” sobre determinado assunto, reconhecendo as tendências nas produções científicas e/ou lacunas ainda existentes sobre o tema abordado.

Já para Botelho, Cunha e Macedo (2011) a uma RIL tem como objetivo revisar métodos, teorias, e/ou estudos empíricos sobre um tópico particular, cujo método de análise se configura como narrativo. Ainda, é importante destacar que a revisão integrativa deve integrar opiniões, conceitos ou ideias oriundas dos estudos incluídos, reverberando em seu potencial para construir evidências para a prática, especialmente a prática em saúde (BOTELHO; CUNHA MACEDO, 2011; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa com abordagem qualitativa permite trabalhar com a natureza dos significados, os motivos, as crenças, os valores, as atitudes, entre outras características de um determinado problema em questão, mostrando, sobretudo, os processos subjetivos. Ainda se preocupando com um nível de realidade que não pode ser medido ou quantificado, mas que possibilita um processo de mudança da realidade social (MINAYO, 2013).

Cabe ainda destacar que para a realização desta pesquisa foi utilizada a técnica de RIL que propõem 6 etapas, sendo: I) estabelecimento da hipótese ou questão norteadora; II) amostragem ou busca na literatura; III) categorização dos estudos; IV) avaliação dos estudos incluídos na revisão; V) interpretação dos resultados; e VI) síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

## ESTABELECIMENTO DA QUESTÃO NORTEADORA

Essa etapa é composta pela delimitação tema, que deve ser claro e específico e irá nortear todo o desenvolvimento da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para a elaboração da questão norteadora foi utilizado a estratégia PVO (Population, Variables and Outcomes), sendo assim descritos: população – usuários do SUS; variáveis – Classificação de risco; e desfecho – percepções. Essa estratégia permitiu a elaboração da seguinte questão norteadora: *“O que as produções científicas apresentam acerca da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência segundo a percepção dos usuários atendidos pelo SUS?”*.

## AMOSTRAGEM OU BUSCA NA LITERATURA

Essa etapa diz respeito ao estabelecimento das bases de dados a serem acessadas para se obter os artigos que respondam à pergunta norteadora, estabelecimento de filtros e critérios de inclusão e exclusão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, a busca dos artigos foi realizada de forma pareada, entre julho e agosto de 2022, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram usados como filtros: estudos publicados entre 2008 – 2022, e disponíveis em texto completo e gratuito para download. O recorte temporal a partir de 2008 se justifica por ser o ano em que se iniciou o uso do Sistema de Triagem de Manchester. Foram incluídos os estudos que versam sobre a temática supracitada e excluídos, revisões, teses, dissertações e artigos duplicados e/ou repetidos.

Para o levantamento dos artigos, utilizou-se as seguintes combinações com Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Acolhimento” AND “Emergências” (chave de busca 1); e “Triagem” AND “Pacientes” AND “Atendimento de emergência” (chave de busca 2). A busca se encontra descrita abaixo.

**Quadro 1** - Número de estudos identificados nas bases de dados.

Base de dados	Total de estudos encontrados na primeira busca	Total de estudos encontrados após aplicação de filtros*	Estudos incluídos	Estudos excluídos por serem duplicados ou por não atenderem aos critérios de elegibilidade	Estudos selecionados
Chave de busca 1					
BVS	178	167	12	3	9
SciELO	30	30	3	3	0
Chave de busca 2					
BVS	14.668	276	4	2	2
SciELO	37	22	1	0	0

Fonte: Autores (2022).

\* FILTROS: 1 - Textos completos; 2 - Idioma - Português; 3 - Ano de publicação (2008-2022); 4 - Tipo de documentos (Artigos).

## CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Esta etapa diz respeito à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, sendo utilizado um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O propósito desta etapa é organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para extração dos dados, foi utilizado um formulário elaborado pela autora com base no instrumento de Souza, Silva e Carvalho (2010), contendo as seguintes variáveis a serem coletadas: origem (base ou biblioteca de origem), título, autor e ano, objetivo, delineamento metodológico e nível de evidência. Essas variáveis serão apresentadas em quadro sinóptico. Além disso, serão realizados fichamentos dos estudos a partir dos quais será realizada uma categorização temática analítica.

## AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

Realizar-se-á a classificação dos estudos incluídos na amostra de acordo com seu nível de evidência. Conforme Melnyk e Fineout-Overholt (2011) as evidências podem ser classificadas em: (i) Nível 1) Estudos clínicos controlados ou randomizados, que utilizaram meta-análise; (ii) Nível 2) Evidências de estudos com delineamento experimental; (iii) Nível 3) Evidências de estudo com delineamento quase-experimental; (iv) 4) Evidências de estudos não-experimentais, descritivos ou de abordagem qualitativa; (v) Nível 5) Evidências resultantes de relatos de casos ou de experiência; e (vi) Nível 6) Evidências advindas de opiniões de especialistas.

## INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

Esta fase diz respeito à etapa de discussão dos principais resultados encontrados, em que se deve realizar comparações com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Além da discussão com base na literatura pertinente ao tema, destaca-se que será realizada uma análise de conteúdo.

Usou-se como técnica para analisar os dados coletados, análise de conteúdo de acordo com Minayo (2013). Essa técnica divide-se em três etapas, na primeira ocorre a leitura flutuante e a exploração. Na segunda é formado as categorias e na terceira fase acontece o processo de interpretação e discussão dos dados coletados. Nessa perspectiva, os resultados foram apresentados no formato de capítulos descritivos, com a integração de diversas literaturas pertinentes.

## SÍNTESE DO CONHECIMENTO OU APRESENTAÇÃO DA REVISÃO

A pesquisa dos estudos será sistematizada e apresentada através do fluxograma Prisma e os resultados serão apresentados por meio de um quadro sinóptico e através de uma descrição integrando os achados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta de 11 artigos, os quais estão detalhados no quadro abaixo.

**Quadro 2** – Síntese dos artigos encontrados de acordo com origem (base de dados a qual foi extraído), título, autor (es) e ano, objetivos, delineamento metodológico e nível de evidência.

<b>Origem</b>	<b>Título</b>	<b>autor (es) e ano</b>	<b>Objetivo (s)</b>	<b>Delineamento metodológico</b>	<b>Nível de evidência</b>
BVS	Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários	GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013	Compreender como os usuários de um serviço de emergência percebiam a atuação da enfermagem na realização do acolhimento	Estudo descritivo, transversal e qualitativo realizado com 382 participantes	4
BVS	Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de	OLIVEIRA; PINTO, 2015	Descrever a avaliação de usuários quanto ao Acolhimento com	Estudo de caso, descritivo, com abordagem quanti-	4

	Emergência: avaliação de usuários		Classificação de Risco (ACCR) e às condições de acesso ao serviço de emergência de um hospital público na Bahia.	qualitativo realizado com 100 participantes	
BVS	Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário	SILVA <i>et al.</i> , 2016	Avaliar o grau de satisfação dos usuários no setor de Acolhimento com Classificação de Risco do Pronto-Socorro Adulto de um hospital público.	Pesquisa exploratória, descritiva e transversal com abordagem quantitativa, realizada com 300 usuários	4
BVS	Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2017	Apreender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no Acolhimento com Classificação de Risco.	Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa realizada com 20 usuários da UPA	4
BVS	Percepção dos usuários sobre a triagem com classificação de risco em um serviço de urgência de cabo verde	SPAGNUOLO <i>et al.</i> , 2017	Desvelar as concepções dos usuários acerca da triagem com classificação de risco em um serviço de urgência.	Estudo de caso, descritivo, qualitativo realizado com 17 participantes	4
BVS	Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento	HERMIDA <i>et al.</i> , 2019	Avaliar, com os usuários, a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade	Estudo correlacional, com abordagem quantitativa, realizado com 459 usuários	4
BVS	Humanização da assistência: acolhimento e triagem na Classificação de risco	PAULA; RIBEIRO; WERNECK, 2019	Estabelecer relações entre a humanização da assistência e o acolhimento e a triagem na classificação de risco pela enfermagem nos serviços médicos de emergência	Estudo quantitativo, analítico, transversal. Utilizou-se um questionário e entrevistaram-se 80 pacientes que estavam em consulta de enfermagem	4
BVS	Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário	LACERDA <i>et al.</i> , 2019	Descrever a concepção de justiça de enfermeiros e usuários na Classificação de Risco em Emergência	O estudo é descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, onde se aplicou o método da pesquisa-ação	4
BVS	Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco	CESAR <i>et al.</i> , 2021	Compreender o que os usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas	Pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório-	4

			entendem por classificação de risco.	descritivo. A investigação foi realizada em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas nos meses de junho e julho de 2018, com 12 usuários do serviço.	
BVS	Acolhimento e classificação de risco: Percepção de profissionais de saúde e usuários	CAMPOS <i>et al.</i> , 2020	Conhecer a percepção de profissionais de saúde e usuários em relação ao acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência/emergência	Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma unidade de urgência/emergência de um hospital do interior do Rio Grande do Sul, Brasil	4
BVS	Resposta do abraço com classificação de risco: avaliação do usuário em unidade de atendimento de emergência	HERMIDA <i>et al.</i> , 2019	Avaliar, com os usuários, a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento	Estudo quantitativo, com abordagem correlacional, desenvolvido em uma unidade de pronto atendimento em Santa Catarina	4

Fonte: Autores (2022).

Dos 11 estudos incluídos, todos foram publicados no idioma português, entre os anos de 2013 a 2021, bem como, todos os estudos estavam indexados na BVS, que são eles: (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013; OLIVEIRA; PINTO, 2015; SILVA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SPAGNUOLO *et al.*, 2017; HERMIDA *et al.*, 2019; PAULA; RIBEIRO; WERNECK, 2019; LACERDA *et al.*, 2019; CESAR *et al.*, 2021; CAMPOS *et al.*, 2020; HERMIDA *et al.*, 2019).

Em relação à análise metodológica, observa-se que os seguintes artigos possuem abordagem qualitativa: (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013; OLIVEIRA; PINTO, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SPAGNUOLO *et al.*, 2017; LACERDA *et al.*, 2019; CESAR *et al.*, 2021; CAMPOS *et al.*, 2020). Já os estudos a seguir possuem abordagem quantitativa: (HERMIDA *et al.*, 2019; PAULA; RIBEIRO; WERNECK, 2019; HERMIDA *et al.*, 2019; GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

Em relação a classificação do nível de evidência, todos os estudos incluídos foram avaliados com o nível 4, em concordância com o instrumento utilizado na pesquisa.

Neste contexto, partindo da análise de cada estudo incluído, ancorados na pergunta e nos objetivos propostos, foi possível agrupar duas categorias, para melhor discussão dos achados da revisão. Sendo estas: 1 - *Percepção positiva dos usuários acerca da classificação*

*de risco nos serviços de urgência e emergência; 2 - Falta de compreensão dos usuários sobre a importância da classificação de risco e dificuldades enfrentadas pelos serviços de urgência e emergência.*

### ***Percepção positiva dos usuários acerca da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência***

Alguns usuários compreendem a importância da classificação de risco, entendem que é um instrumento primordial para o trabalho dos profissionais, principalmente do enfermeiro, que executa com qualidade essa demanda. Esse trabalho precisa ser desenvolvido mediante participação de ambos, visto que se faz necessário haver uma escuta qualificada desses usuários, para compreender todas as suas dimensões dentro do seu processo saúde-doença (LACERDA *et al.*, 2019; PAULA; RIBEIRO; WERNECK, 2019).

A percepção positiva dos usuários acerca do acolhimento com classificação de risco, centra-se na compreensão desse instrumento enquanto potencializador do atendimento, agilizando a assistência e possibilitando uma avaliação inicial que estratifica os riscos por prioridades (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

Corroborando ao estudo anterior, é imperioso integrar os resultados do estudo de Oliveira *et al.* (2017), no qual os usuários consideram que o uso do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) otimiza o tempo em que os pacientes com maior risco de vida devem ser atendidos, além de ser um instrumento que prediz o horário para atendimento a partir da classificação, sendo que quanto mais grave mais rápido deverá ser o atendimento.

Essa compreensão positiva acerca do ACCR, contribui para o nível de satisfação dos usuários nos serviços de urgência e emergência. Além disso, alguns fatores favorecem essa satisfação, como destaca-se no estudo de Silva *et al.* (2016), em que a maioria dos usuários apontou satisfação com o serviço no que se refere ao tempo de espera para receber a assistência. A confiança na saúde foi outro aspecto apontado como imprescindível para a satisfação do usuário. No que se refere à assistência prestada, a maioria dos usuários informou ter recebido informações e esclarecimentos sobre seu estado de saúde, impactando positivamente na percepção acerca do acolhimento.

Contribuindo com o exposto anteriormente, a pesquisa de Oliveira e Pinto (2015), aponta a satisfação da maioria dos usuários pesquisados no que se refere ao conforto da sala de classificação de risco (51%) e ao atendimento adequado na recepção (80%). Sobre o

atendimento na emergência pela ACCR, a maioria dos usuários (82%) referiram satisfação com essa forma de atender por risco.

Além disso, é importante destacar que o trabalho do enfermeiro em um acolhimento mais humanizado também contribui para a percepção positiva dos usuários (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013). No estudo de Oliveira e Pinto (2015), a assistência do enfermeiro na classificação de risco foi bem avaliada pelos usuários, estando associada à preservação da privacidade do paciente (deixando a porta fechada no momento do atendimento) e ao fato de terem sido chamados pelo nome no momento do atendimento.

No estudo de Hermida *et al.* (2019), a maioria dos usuários do serviço de acolhimento com classificação de risco relataram os seguintes aspectos que proporcionam uma avaliação positiva do serviço: tratamento respeitoso pelo enfermeiro e pelos demais profissionais; abertura para falar acerca de seu problema a vontade; privacidade no exame físico médico; tempo adequado de espera, para atendimento médico e para receber medicação; possibilidade de ter um acompanhante e de receber apoio familiar; comunicação facilitada com enfermeiro e demais profissionais através de informações claras; e fácil localização e identificação das salas de atendimento.

### ***Falta de compreensão dos usuários sobre a importância da classificação de risco e dificuldades enfrentadas pelos serviços de urgência e emergência***

A literatura mostra que grande parte dos usuários apresentam dificuldades na compreensão da classificação de risco, visto que muitos pensam que o atendimento ocorre mediante a ordem de chegada no serviço. Essa falta de entendimento desencadeia várias discussões dentro dos serviços, se fazendo necessário rodas de conversas para explicar o funcionamento do atendimento mediante os protocolos adotados no equipamento que presta cuidados em urgência e emergência. Esse tipo de insatisfação está diretamente interligado com as características do modo organizacional, que é oferecido pelo equipamento, algumas dessas características se apresentam de forma mais evidente, como muita dificuldade no encaminhamento para o nível terciário de atenção, sobretudo a desvalorização na contratação de profissional para prestar uma assistência integral no serviço (CAMPOS *et al.*, 2020).

Outro ponto negativo em relação a classificação de risco, é o ferimento da ética durante a realização da classificação indevida, que na grande maioria são executadas por profissões que não são da área da saúde, bem como aqueles profissionais que dão preferências no atendimento a paciente com algum tipo de relação, como familiares, amigos. Isso desrespeita a ética

profissional e dos serviços, interferindo diretamente no andamento da assistência, visto que o cuidado precisa ser pautado nos princípios universais do Sistema Único de Saúde (SUS) (CESAR *et al.*, 2021; LACERDA *et al.*, 2019).

Uma das percepções negativas encontradas nos estudos diz respeito ao conhecimento dos usuários acerca do processo de triagem e acolhimento com classificação de risco relacionado a uma pré-consulta realizada pelo enfermeiro através de perguntas e anotações que auxiliam o posterior atendimento médico, como se o acolhimento do enfermeiro fosse apenas uma mera atividade auxiliar (SPAGNUOLO *et al.*, 2017).

Importante mencionar que o desequilíbrio entre a demanda e o aporte do serviço gera uma sobrecarga, que aliada à necessidade de agilidade no serviço de emergência fragiliza o atendimento do paciente em sua totalidade, ou seja, um atendimento que engloba não somente aspectos biológicos, mas acolhe também a subjetividade do usuário e os aspectos psicossocioespirituais (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013). Corroborando, destaca-se que no estudo de Oliveira e Pinto (2015) ao menos 50% dos participantes destacaram que a demora para o atendimento médico é um fator negativo.

Nesse aspecto, cabe retornar ao estudo de Guedes, Henrique e Lima (2013) o qual aborda que os usuários atribuem a fragilidade em relação a sobrecarga e a demora no atendimento ao quantitativo reduzido de profissionais. No entanto, é importante considerar também que existe um pensamento popular de que todo usuário que adentra ao ambiente hospitalar da urgência tem risco de vida e necessita de atendimento imediato (SPAGNUOLO *et al.*, 2017). Assim, a demora no atendimento vai levar a percepções negativas sobre o serviço, em virtude da preocupação com o estado de saúde da pessoa no serviço de urgência.

Além disso, é importante compreender que muitos usuários não têm conhecimento sobre a operacionalização da classificação de risco, sobre a atribuição e distribuição das cores, e, também, não são informados acerca do tempo de espera conforme a classificação atribuída (HERMIDA *et al.*, 2019; OLIVEIRA; PINTO, 2015; SPAGNUOLO *et al.*, 2017). Nesse aspecto, ressalta-se que muitos usuários discordam com o risco estabelecido pelos profissionais de saúde, especialmente os classificados como baixa urgência, além de reclamarem quanto ao desconforto da sala de espera (OLIVEIRA; PINTO, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Desse modo, vale destacar que muitos usuários compreendem que todo usuário que entra no setor de urgência tem risco de vida e necessita de atendimento imediato (SPAGNUOLO *et al.*, 2017).

Destaca-se, ainda, que os usuários comumente relatam maus tratos, desrespeito e desumanização nos serviços de acolhimento à urgência e emergência. Também, os usuários do

serviço público tendem a justificar o atendimento ruim pelo fato de ser ofertado por um serviço público e para pessoas com baixo poder aquisitivo (GUEDES; HENRIQUE; LIMA, 2013).

No estudo de Cruz *et al.* (2016), realizado com 90 pacientes dos setores de emergência, identificou-se que na sala de medicação a percepção da satisfação do serviço foi negativa, em que 40% perceberam o atendimento como regular e 28,9%, como ruim ou muito ruim. Além disso, o tempo de permanência na sala de medicação e o tempo para receber a administração da medicação foram bastante elevados.

Destaca-se que a percepção negativa sobre os serviços de urgência e emergência pode estar associada a algumas fragilidades evidenciadas nesse setor, tais como: demanda excessiva, problemas de estruturação das redes de atenção à saúde, escassez e desajustes no dimensionamento de recursos humanos, escassez de recursos materiais, violência e acidentes de trânsito (AZEVEDO *et al.*, 2010; SOUZA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA, 2017).

Mediante o cenário de insatisfação com o serviço, cabe reforçar que mesmo se reconhecendo o local para realização de reclamações, a maioria dos usuários optam por não o fazerem devido à falta de informação em como proceder a denúncias desse tipo (SILVA *et al.*, 2016). Assim, ressalta-se que é importante que haja um processo educacional com os usuários do serviço, visando dar autonomia para que o serviço seja avaliado e possa ser melhorado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos usuários do SUS acerca da classificação de risco se divide a partir de aspectos positivos e negativos. Em relação à percepção positiva, esta se relaciona ao entendimento de que a classificação de risco facilita o atendimento e das condições para que as situações mais graves sejam resolvidas primeiro. Além disso, a percepção positiva dos usuários se relaciona também ao tempo de espera no serviço, sendo que aqueles participantes que tiveram experiências de baixo tempo de espera relatam percepções positivas sobre o serviço. Vale destacar também como aspecto positivo relatado nos estudos, a atuação do enfermeiro enquanto potencializadora da humanização do serviço.

No que se refere à percepção negativa, se relacionam a falta de entendimento do que realmente se trata a classificação de risco, levando a conflitos dos usuários com a equipe de saúde que realiza o serviço. Além disso, a superlotação dos serviços de emergência aumenta o tempo de espera dos usuários, uma vez que quanto mais pacientes graves chegam ao serviço, mais tempo os usuários de menor gravidade terão de esperar. Ainda, ressalta-se que o não atendimento aos requisitos éticos faz com que a classificação de risco seja realizada de forma

errônea, trazendo conflitos e dificultando o fluxo de atendimento. Por fim, a desumanização também esteve presente nos discursos dos estudos.

Destaca-se que essa revisão possui potencial para estimular a elaboração de estratégias que potencialize os aspectos positivos e minimize e/ou elimine os aspectos negativos referidos pelos usuários do SUS em relação a classificação de risco. Faz-se necessário o desenvolvimento de ações educativas que proporcionem o conhecimento dos usuários acerca da classificação de risco, sua função e objetivos, assim como, ações de educação permanente com os enfermeiros (que estão à frente da classificação de risco) de forma que estimule e ofereça condições para que a humanização seja empregada como tecnologia indispensável na classificação de risco.

No mais, ressalta-se que a presente pesquisa apresentou como limitação a carência de publicações sobre a temática, o que limitou a expansão de informações, dificultando deste modo a análise e discussão mais aprofundada dos dados. Apesar disso, a pesquisa apresenta informações relevantes que reforçam a importância da classificação de risco dentro dos serviços de urgência e emergência, além de oportunizar reflexões para possíveis estratégias de intervenção, cuidados, melhoria e resolutividade no atendimento aos usuários.

Além do mais, recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas na área, sobretudo, pesquisas primárias, não só com os usuários, mas também com os profissionais de saúde que atuam na classificação de risco dentro dos serviços de urgência e emergência.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. M. G. *et al.* Incorporação do rastreio da atrofia muscular espinal na triagem neonatal: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e9611427075-e9611427075, 2022.

AZEVEDO, A. L. C. S. *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Dez 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Folheto informativo. 16p. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Ministério da Saúde, 2014.

CAMILO, D. G. G. *et al.* Multi-criteria analysis in the health area: selection of the most appropriate triage system for the emergency care units in natal. **BMC medical informatics and decision making**, v. 20, n. 1, p. 1-16, 2020.

CAMPOS, T. S. *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v. 33, n. 9786, p. 1-11, 2019.

CESAR, P. M. *et al.* Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco. **Revista online de pesquisa o cuidado é fundamental**, v. 12, n. 86, p. 330-335, 2021.

CORREA, J. V. *et al.* Percepção dos usuários sobre Acolhimento e Classificação de Risco nas UPAS: revisão integrativa. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1-22, 2022.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. D. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188-98, 2012.

CRUZ, D. N. *et al.* Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 15, n. 2, p. 186-192, 2016.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. In: Como Classificar Pesquisas. 5. ed-São Paulo: Atlas, p.28-29, 2010.

GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1199-1213, 2021.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 31-37, 2013.

HERMIDA, P. M. V. *et al.* Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019

LACERDA, A. S. B. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: relação de justiça com o usuário. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1496-503, 2019.

MELNYK, B. M., FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. **Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins**, 2011.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, 2008.

MENDES, T. J. M. *et al.* Association between reception with risk classification, clinical outcome and the Mews Score. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13a edição. Hucitec editora, 2013.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.

OLIVEIRA, T. A.; PINTO, K. A. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários/Welcome with risk classification and the conditions of access in emergency service: users' evaluation< b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1122-1129, 2015.

PAULA, C. F. B. *et al.* Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. **Revista de enfermagem da UFPE On Line**, v. 13, n. 4, p. 997-1005, 2019.

PREVIDELLI, M. M. *et al.* Efetividade do sistema de triagem em serviço de emergência privado: ESTUDIO DE COHORTE. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 54, n. 3, 2021.

SAMPAIO, E. C. *et al.* Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do Protocolo de Manchester nos serviços de urgência e emergência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e58011326592-e58011326592, 2022.

SANTOS FILHO, L. A. M. **Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**. 2013. 36f. Monografia. Curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2013.

SILVA, A. D. C. *et al.* Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019.

SILVA, K. P.; COSTA, M. M.; PONTES, A. P. M. A percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o direito à saúde. **HU Revista**, v. 46, p. 1-8, 2020.

SILVA, P. L. *et al.* Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0427-0433, 2016

SILVA, W. F. *et al.* A classificação de Risco segundo a percepção do usuário dos serviços de saúde de uma Unidade de Pronto atendimento em Imperatriz-MA, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e505101422783-e505101422783, 2021.

SOARES, A. C. L.; BRASILEIRO, M; SOUZA, D. G. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência: embracement with risk classification: the nurse's action in urgency and emergency. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 8, n. 22, p. 22-33, 2018.

SOUZA, J. D.; PESSOA JÚNIOR, J. M. P.; MIRANDA, F. A. N. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 12, p. 107-115, 2017.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein**, v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.

SPAGNUOLO, R. S. *et al.* Percepção dos usuários sobre a triagem com classificação de risco em um serviço de urgência de cabo verde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 151-154. 2017.