



**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ELIANE PAZ DA SILVA**

**MARIA DO SOCORRO NASCIMENTO COSTA**

**MARIA JOSE DE OLIVEIRA LIMA DAMASCENO**

**USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO ACOLHIMENTO  
COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO  
ATENDIMENTO 24 HORAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

**FORTALEZA**

**2018**

**ELIANE PAZ DA SILVA  
MARIA DO SOCORRO NASCIMENTO COSTA  
MARIA JOSE DE OLIVEIRA LIMA DAMASCENO**

**USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO ACOLHIMENTO  
COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO  
ATENDIMENTO 24 HORAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de enfermagem da Faculdade Ateneu como requisito final para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Patrícia de Oliveira Bastos Dias

**FORTALEZA  
2018**

S586u Silva, Eliane Paz da.

Os usuários e profissionais de enfermagem frente ao acolhimento com a classificação de risco em unidades de pronto atendimento 24 horas: revisão integrativa. / Eliane Paz da Silva; Maria do Socorro Nascimento Costa; Maria José de Oliveira Lima Damasceno. -- Fortaleza: FATE, 2018.

24 f.: il.

Orientador: Prof. Esp. Ronaldo Brasil Soares Nepomuceno.

Artigo (Graduação em Ciências Contábeis) – FATE, 2017.

1. Equipe de Enfermagem. 2. Avaliação em enfermagem. 3. Acolhimento. I. Costa, Maria do Socorro Nascimento. II. Damasceno, Maria José de Oliveira Lima. III. Título.

CDD 610.73

**USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO ACOLHIMENTO  
COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO  
ATENDIMENTO 24 HORAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

*(USERS AND NURSING PROFESSIONALS WITH RESPECT TO WELCOMING WITH  
RISK CLASSIFICATION IN READY 24 HOUR UNITS: INTEGRATION REVIEW)*

Eliane Paz da Silva<sup>1</sup>  
Maria do Socorro Nascimento Costa<sup>2</sup>  
Maria José de Oliveira Lima Damasceno<sup>3</sup>  
Patrícia de Oliveira Bastos Dias<sup>4</sup>

**RESUMO**

No Brasil, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar os serviços de saúde. Esse estudo objetivou identificar a produção científica sobre a percepção dos usuários e dos profissionais de enfermagem quanto ao Acolhimento com a Classificação de Riscos, proposto pelo Ministério da Saúde. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo e bibliográfico no período de fevereiro a junho de 2018 com apoio nas bases de dados Bireme, Lilacs, Scielo e nos Periódicos da CAPES. Apesar das bases citadas possuírem inúmeras publicações, foram encontradas apenas 267 publicações sobre o tema, dentre as quais, somente 9 de fato estão diretamente relacionadas e são pertinentes ao foco deste trabalho. Evidenciando a escassez de pesquisas com profissionais e usuários no cenário das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Os estudos foram identificados e categorizados a partir de um quadro sinóptico. Considerando a importância desses serviços prestados à população, estratégias podem subsidiar uma reorganização dos fluxogramas e treinamento dos profissionais, possibilitando melhorias e maior resolubilidade aos usuários.

**Palavras chaves:** Equipe de enfermagem. Avaliação em enfermagem. Acolhimento.

## **ABSTRACT**

In Brazil, the host with risk Classification (ACCR), proposed by the Ministry of health, through the National Policy of Humanization (HNP), represents a potentially decisive intervention to reorganize health services. The present work aims to obtain information about the users and nursing professional's knowledge about the Reception with Risk Classification, proposed by the Ministry of Health. In this sense, it was conducted a descriptive study of a qualitative approach as well as an integrative review of the literature in the period of February of 2018 based on the databases of Bireme, Lilacs, Scielo and in the CAPES' Periodicals. Although those databases contain thousands of publications, only 267 publications were found in the topic of this study, and among these, only 9 are in fact related to the focus of this work. Pointing out a shortage of qualitative research with professionals and users in the scenario of the Unidades de Pronto Atendimento (UPA). The studies were identified and categorized using the standards of the Bardin Thematic Analysis. Taking in consideration the importance of those services provided to the population, some strategies can subsidize a reorganization of the flowcharts and the training of professionals, enabling improvements and greater solvency to users.

**Keywords:** Nursing team. Nursing evaluation. Embracement.

<sup>1</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade Ateneu. E-mail: socorrocosta37@yahoo.com

<sup>2</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade Ateneu. E-mail: elianepaz@live.com

<sup>3</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade Ateneu. E-mail: maria.lyma2014@gmail.com

<sup>4</sup> Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Ateneu. E-mail: patricia.dias@fate.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir de oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais, e insustentáveis para os enfrentamentos futuros (PETERSEN, 2014).

Nesse sentido, em 2004, com a criação do programa QualiSUS, estabelece-se um conjunto de medidas com o objetivo de proporcionar maior conforto aos usuários, no que tange ao atendimento de acordo com o grau de risco, efetiva participação dos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital (BRASIL, 2004d).

Um dos pilares do programa é a humanização das relações entre profissionais, sistema de saúde e usuários. Nesse contexto, surge a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) denominada HumanizaSUS, que utiliza ferramentas e dispositivos que podem, efetivamente, potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2004c).

Dentro dessas, destaca-se como diretriz o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde na rede (BRASIL, 2004c).

Com isto, viu-se a necessidade de se criar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela evidente dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (PETERSEN, 2014).

A RAS, por sua vez, é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, busca garantir a integralidade do cuidado. Sua finalidade é promover ações e serviços de saúde oferecendo atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica (BRASIL, 2010g).

Neste contexto, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, foi instituída, em julho de 2011, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema

Único de Saúde (SUS). Tendo essa o propósito de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, utiliza a estratégia intitulada de acolhimento com classificação de risco para buscar qualidade e resolutividade dos processos e nos fluxos assistenciais de toda a Rede de atenção às Urgências que devem ser requisitos de todos os pontos de atenção (BRASIL, 2011f).

Desta forma, a Política Nacional de Urgência e Emergência, do Ministério da Saúde (MS) em 2011, concebeu às Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), com o desígnio de diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que os casos que possam ser resolvidos nas UPAs, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares (BRASIL, 2013a).

Sendo o seu funcionamento assim descrito: funcionar 24 horas por dia durante os sete dias da semana, resolvendo um percentual significativo de situações de urgência e emergência. Tais como: pressão arterial e temperatura corporal elevadas, lesões e derrame. As UPAs ofertam serviços de raio X, eletrocardiograma, coleta de exames com laboratório e leitos de observação. Além disso, especialidades como pediatria. A resolubilidade da demanda dos pacientes desse serviço ocorre em 97% dos casos, sendo esses solucionados na própria unidade. Assim, a pessoa que procura pelo serviço é prontamente atendida por um médico que controla seu problema e identifica seu diagnóstico, analisando se será necessário encaminhá-la para um hospital ou se ficará em um dos leitos de observação da UPA (BRASIL, 2013a).

No Brasil, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede (BRASIL, 2009b).

Trata-se, portanto, de uma forma de organizar o processo de triagem norteado pela escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização, resolutividade dos serviços de saúde, bem como pela priorização dos pacientes mais graves para atendimento (BRASIL, 2009b; INOUE et al., 2015)

As recomendações para a realização do protocolo de ACCR são feitas por escalas e protocolos que estratificam o risco em cinco níveis que apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado real do paciente. Dentre os protocolos

existentes para esse fim, encontra-se o Protocolo *Manchester Triage System* - MTS©, mais conhecida como Triage de Manchester originária da Inglaterra, da cidade de Manchester (SOUZA, 2011; DIAS, 2014).

No Brasil, foi utilizado pela primeira vez em 2008 no Estado de Minas Gerais, como estratégia para reduzir a superlotação em prontos-socorros e hospitais. A partir de então, foi aceito pelo Ministério da Saúde, pela Ordem dos Enfermeiros e dos Médicos, sendo compreendido como uma evolução no atendimento aos que recorrem a um Serviço de Urgência (DIAS, 2014).

Apesar da utilização de protocolos para organização do atendimento, a divergência entre oferta e demanda em outros serviços de saúde, bem como a falta de acesso regular para a população fazem com que os serviços de urgência/emergência fiquem superlotados, ocasionando por diversas vezes conflitos entre profissionais e usuários (SILVA et al., 2016).

Os profissionais da saúde que atuam na assistência direta dos usuários nesses serviços devem ter um curso superior específico para cada categoria profissional. Além disso, deve ocorrer um treinamento inerente esse tipo de serviço e a utilização de protocolos pré-estabelecidos para avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (DIAS, 2014).

Esse dispositivo de humanização favorece uma orientação à sociedade quanto aos níveis de atenção e a direciona ao serviço de saúde correto. Desse modo, pratica-se um acolhimento, avaliação e classificação da necessidade, atendendo a todos, distanciando do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão (SILVA et al., 2016).

Nesse sentido, é importante conhecer e considerar o julgamento que o usuário faz e como ele compreende o acolhimento com classificação de risco, para reconsiderar as práticas em saúde e subsidiar alterações na forma de organização (OLIVEIRA et al., 2017)

A satisfação dos usuários é de suma importância, pois alguns estudos apontam que estando satisfeitos tendem a aderirem ao tratamento prescrito, fornecerem informações importantes aos profissionais e a continuarem utilizando os serviços de saúde, referindo, ainda, melhora na qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2017).

Diante da crescente demanda pelos serviços de urgência e emergência e os conflitos entre os usuários e os profissionais que atuam no ACCR, indaga-se: Qual a percepção dos usuários e dos profissionais dos serviços de urgência e emergência sobre o ACCR adotado nas UPAs?

Assim, este estudo objetivou identificar a produção científica sobre a percepção dos usuários e profissionais de enfermagem sobre o acolhimento com classificação de risco.

## **2REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Unidade de Pronto Atendimento 24h**

Urgência e Emergência são situações clínicas que requerem um atendimento rápido, por implicarem em risco potencial ou iminente de vida, ou sofrimento intenso. Os prontos atendimentos e as emergências hospitalares são os locais com possibilidade, e perfil, para atender às demandas de forma mais rápida, local e dinâmica. Mesmo com superlotação e impessoalidade atuando sobre a queixa principal do usuário, agrupa uma quantidade de serviços que não são encontradas na rede de atenção básica, como medicamentos, radiologia, laboratório e profissionais especializados (SHIROMA et al., 2008).

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências a Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e outros serviços com funcionamento 24h, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências, Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos, Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), traumas e atenção domiciliar – Melhor em Casa (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

As UPAs 24h são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária de funcionamento ininterrupto, 24 horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos. Possui equipe assistencial multiprofissional que desempenha atividades de acolhimento dos pacientes em situação de urgência e emergência, prestando uma assistência resolutiva e qualificada a demanda acometida por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

## **2.2 Acolhimento com classificação de risco**

O acolhimento é uma estratégia para mudar a organização do processo de trabalho até então vigente, alterando as relações entre profissionais e usuários. A equipe de saúde que desenvolve essa prática utilizar-se de todo o seu conhecimento técnico-científico para prestar um atendimento de qualidade. Essa ação deve estimular intervenções que propiciem aos indivíduos um bem-estar em saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2017e).

Buscando o acolhimento com classificação de risco e resolutividade a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE); objetivou articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o propósito de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2017e).

A classificação de risco se configura em uma ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, objetivando identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes (BRASIL, 2017e).

Também, a Política Nacional de Humanização (PNH) diz que o acolhimento caracteriza-se pelo cuidado ao paciente com o envolvimento de uma escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização (BRASIL, 2017e).

## **2.3 Protocolo de Manchester**

O protocolo de Manchester Triage System – MTS® é uma metodologia de trabalho desenvolvida na Inglaterra, na década de 1990. Foi implantado inicialmente na cidade de Manchester em 1997 e então adotado como norma nos hospitais do Reino Unido, sendo também admitido ou em fase de implantação na Irlanda, Holanda e Canadá (AZEREDO et al., 2015).

O objetivo desse protocolo consiste em classificar os pacientes de acordo com as prioridades de intervenção. O método segue os seguintes passos: identificação da queixa

inicial do paciente, seguimento do fluxograma de decisão e, por fim, estabelecimento do tempo de espera de acordo com a gravidade (SILVA et al., 2016).

O fluxograma estabelece a classificação de atendimento de acordo com um sistema de cores, no qual a cor vermelha (emergente) determina atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; a amarela (urgente), 60 minutos; a verde (pouco urgente), 120 minutos e a azul (não urgente), 240 minutos. A organização do atendimento classificando o risco possibilita uma assistência mais eficaz e em menor tempo (MACKWAY; MARSDEN; WINDLE, 2010; PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012; GUEDES et al., 2014).

Implantado em alguns hospitais do Brasil, com vistas a minimizar o efeito da superlotação constante nos serviços de emergência, a metodologia do SMCR baseia-se na queixa principal do paciente, que direciona as ações do enfermeiro diante de um fluxograma de condição clínica (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

O profissional de enfermagem do setor de acolhimento é o primeiro a entrar em contato com o usuário que se encontra numa situação fragilizada de adoecimento; além disso, o enfermeiro responsável em classificar e decidir a gravidade, e conseqüentemente, o tempo de atendimento do caso pode estar vulnerável a sofrer situação de violência por parte dos próprios usuários, acompanhantes, ou até mesmo outros profissionais do serviço (FREITAS et al., 2017).

A classificação de risco nos serviços de urgência e emergência é uma atividade complexa que depende tanto das habilidades e competências dos enfermeiros, como também de fatores externos e subjetivos, como o ambiente de trabalho, relacionamento interpessoal e comunicação. Estudo aponta para a necessidade de capacitação dos enfermeiros para a realização da classificação de risco; uma vez que, se observou que quanto maior a qualificação profissional e maior número de horas praticadas na classificação de risco os resultados na priorização do atendimento são mais confiáveis (SILVA et al., 2014).

O Protocolo de Manchester contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente. Cada fluxograma contém discriminadores pré-

definidos que orientam a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica do paciente (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

Este sistema pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do doente, além de ser ferramenta importante para o manejo seguro dos fluxos dos pacientes quando a demanda excede a capacidade de resposta (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2015).

## **2.4 Enfermagem e Classificação de Risco**

A classificação de risco deve ser executada por um profissional treinado e qualificado, em um ambiente adequado. É importante que o tempo de classificação de risco seja curto, mantendo o seu principal objetivo: garantir a segurança dos pacientes que aguardam o primeiro atendimento médico (JIMENEZ, 2003). Observa-se então, que todos os profissionais de saúde podem e devem realizar o acolhimento a um paciente, e ainda de sua família, porém compete ao profissional enfermeiro a atividade de classificação de risco desse paciente (BRASIL, 2009b).

Dessa forma, no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco em Serviços de Urgência é privativa do enfermeiro, devendo este ser dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento, mediante aprovação em 2012 da Resolução da n.º 423/2012 (COFEN, 2012).

Dentro desse contexto, a classificação de risco é caracterizada como uma forma de ressignificar o processo de triagem, ocorrido na maioria das unidades de pronto atendimento, que em geral, se esgota na entrada do paciente (INOUE *et al.*, 2015).

Assim, quando o paciente adentra no serviço de saúde é acolhido pelo enfermeiro que realiza uma escuta qualificada, avalia e aplica um fluxograma norteador e classifica as necessidades de saúde daquele, conforme critérios de risco estabelecidos em protocolos (HERMIDA *et al.*, 2018).

Esses protocolos sustentam a classificação da gravidade da situação de cada paciente, são definidos por parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos que podem sofrer alterações, a critério de cada instituição de saúde (INOUE *et al.*, 2015). O protocolo que direciona a atuação do enfermeiro, muitas vezes considerado o principal responsável pelo

sucesso da classificação de risco, é essencial para guiar a avaliação desse profissional, contudo, sua implantação efetiva depende de uma rede assistencial estruturada e organizada capaz de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços de saúde, quando necessária (SOUSA *et al.*, 2011).

O que se observa é que o profissional de enfermagem em um serviço de urgência e emergência é o primeiro a entrar em contato com a pessoa que busca por uma assistência diante de sua situação de adoecimento nesse tipo de serviço; bem como, responsabiliza-se pela classificação e decisão quanto à gravidade da situação apresentada (FREITAS *et al.*, 2017).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa da literatura, pois possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Já a pesquisa qualitativa, Segundo Minayo (2010), trata-se de uma abordagem que engloba questões particulares, preocupando-se, nas ciências sociais, com a realidade que não pode ser quantificada, assim trabalha com o mundo de crenças, valores e princípios, significados e aspirações, o que corresponde a um espaço complexo das relações, fenômenos e processos que não podem ser minimizados a simples variáveis.

Para a construção da revisão integrativa é preciso: a definição de um problema e a formulação de uma hipótese; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

#### **3.2 Fontes de informações**

As informações do *corpus* desta pesquisa foram oriundas de fontes secundárias a partir dos descritores: “Acolhimento” e “Enfermagem”; combinados pelo conector *booleano AND* indexado nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, para responder à questão norteadora

do estudo. Tal procedimento se justifica, pois busca-se selecionar os artigos científicos que tratam de modo mais específico o tema da pesquisa.

Optou-se por buscar as publicações na Bireme (848), Lilacs (404), Scielo (248) e nos Periódicos da CAPES (1.078), pois são compostos por fontes de informações em ciências da saúde e estão disponíveis gratuitamente em espanhol, inglês e português.

### **3.3 Procedimento para a seleção dos estudos**

A coleta de dados das publicações para esta revisão foi realizada nos meses de fevereiro a junho de 2018. Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos pertencentes ao recorte temporal dos últimos cinco anos, apresentar disponibilidade de forma online gratuitamente e ser relevante para responder a questão norteadora proposta para o estudo, nos idiomas espanhol, inglês e português.

Como critérios de exclusão foram evidenciados: duplicidade das produções encontradas, bem como produções científicas que fossem teses, dissertações, trabalhos de conclusão de cursos, resumos de eventos científicos e material de divulgação publicitária. Além desses artigos científicos definidos como revisões e resenhas.

As produções científicas selecionadas foram inicialmente submetidas à leitura de seus títulos e resumos para verificar a elegibilidade do artigo para identificação de quais participariam do estudo proposto, após esse refinamento os artigos selecionados foram lidos na íntegra para a constatação que realmente respondiam a questão objeto desse estudo.

### **3.4 Análise dos dados**

Os estudos foram identificados e categorizados, sendo realizada uma leitura flutuante das publicações coletadas, segundo a relevância e a pertinência, posteriormente os mesmos foram classificados em categorias empíricas. Por fim, os dados foram interpretados e discutidos com a literatura pertinente ao tema.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A busca das publicações realizada nos meses de fevereiro a maio de 2018 nas bases de dados selecionadas, resultou em um total de 2.606 publicações (Bireme 848, Lilacs 432,

Scielo 248 e Periódicos da CAPES 1.078), destes 468 eram duplicados e foram retirados, restando 2.138 para a avaliação geral. Foram excluídos 1.607 artigos com base no título e com temáticas não relacionadas ao assunto; restando 531 artigos dos quais foram lidos na íntegra para avaliar a elegibilidade do estudo. Após a leitura dos 531 artigos, 522 foram excluídos, pois não contemplam o conhecimento dos profissionais e usuários sobre o acolhimento com a classificação de risco nas unidades de pronto atendimento, restando 9 para compor a análise do presente estudo conforme ilustra a Figura 1.

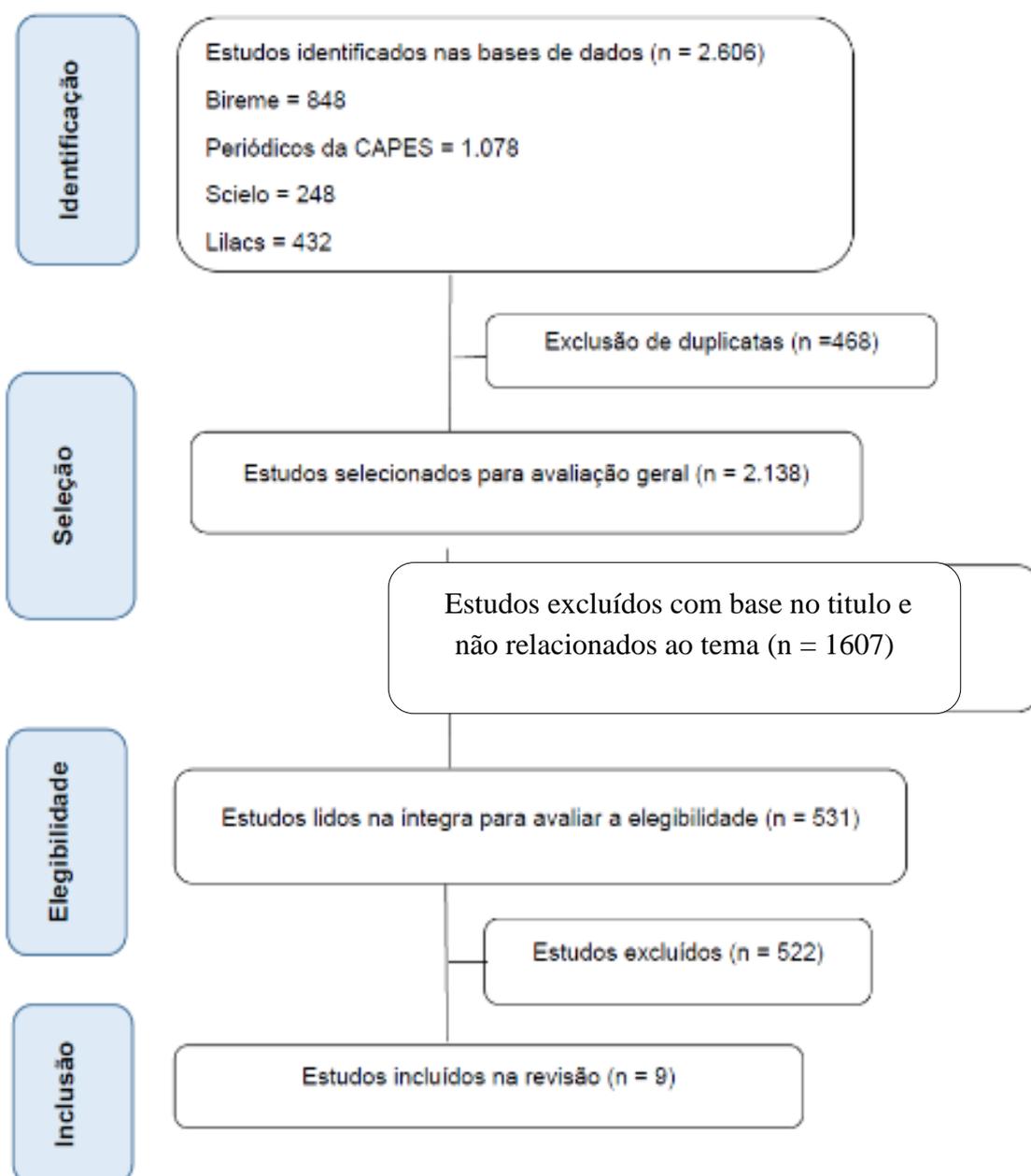


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Fortaleza-CE, junho de 2018.

Fonte: composição dos autores.

Os estudos selecionados foram, organizados e avaliados criteriosamente quanto à qualidade metodológica e relevância das informações. No Quadro 1 estão representados os 09 artigos selecionados na revisão. Para facilitar a análise dos dados, os artigos foram organizados pelos temas de interesse: autores/ano, objetivo, método e principais resultados.

<b>Autor/ Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Principais Resultados</b>
Hermidae t al., 2018.	Descrever a avaliação da estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento.	Estudo avaliativo, descritivo, quantitativo.	A amostra foi de 37 participantes. Dos 21 itens avaliados, 11 tiveram Ranking Médio entre 3 e 4, e nenhum atingiu o máximo (5 pontos). A “Priorização dos casos graves” e o “Atendimento primário por gravidade do caso” obtiveram maior Ranking Médio (4,5), enquanto a “Discussão sobre fluxograma” revelou menor Ranking (2,1). As dimensões Estrutura, Processo e Resultado atingiram, respectivamente, as pontuações médias 23,9, 21,9 e 25,5.
Oliveira et al., 2017	Apreender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no Acolhimento com Classificação de Risco.	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.	Apesar dos usuários perceberem o Acolhimento com Classificação de Risco como meio que otimiza o atendimento em emergências, houve quem discordasse da classificação atribuída pelos profissionais.
Roncallie t al., 2017b	Compreender a visão do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de Manchester e a população usuária na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	Estudo de caso qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano.	Havia uma inversão de fluxo de usuários entre a rede básica e os serviços de urgência/emergência, o que resultava em superlotação da UPA e sobrecarga de trabalho advindas da falta de informação e comunicação eficaz do Sistema de Saúde.

Prudêncio et al., 2016.	Conhecer a percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco e analisar as dificuldades dessa(e)s enfermeira(o)s em uma Unidade de Pronto Atendimento.	Estudo qualitativo.	A maior parte da(o)s enfermeira(o)s reconheceu a importância da classificação de risco no serviço de pronto atendimento as dificuldades enfrentadas para o serviço de classificação de risco funcionar adequadamente, enfatizaram o pouco conhecimento e informação da população e a característica repetitiva da atividade.
Pícoli, Cazola, Maurer., 2016.	Identificar as características sociodemográficas, perfil nosológico e as razões pela busca desses usuários de 300 usuários de serviços na categoria de “risco azul” em uma Unidade de Pronto Atendimento.	Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa.	O principal motivo referido pelos usuários pela busca de uma UPA foram a demora no atendimento e ausência do médico na unidade básica. A principal queixa referida pelos usuários desse estudo foi a cefaleia. Dentre os diagnósticos médicos, houve o predomínio do CID-Z00.
Oliveira et al., 2013.	Analisar o impacto da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento	Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.	Existe conhecimento dos profissionais da UPA sobre o ACCR, citado como uma forma de humanizar o atendimento, e apontam respostas divergentes quanto à capacidade de instalação do ACCR na UPA em questão, mostrando deficiências estruturais e de pessoal.
Gehlen, Lima 2013.	Caracterizar o processo de trabalho dos enfermeiros na produção do cuidado em Unidades de Pronto Atendimento.	Estudo quali e quantitativo	As atividades desenvolvidas com maior frequência pelos enfermeiros foram: a) assistenciais: avaliação e classificação do risco (66%) e o registro de dados clínicos (62%); b) gestão: distribuição de tarefas (62%), organização de quadro de turnos (40%) diligenciar os dados (36%), e provisão de materiais (28%).

Roncalliet al., 2017a	Compreender a vivência do enfermeiro que atua na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	Estudo de caso, de abordagem qualitativa, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano.	O cotidiano na UPA é expresso na elevada demanda e nas reclamações dos usuários. Retrata um ambiente estressante e conflituoso pela espera e pelo sofrimento de cada um que aguarda o atendimento. Além das ações assistenciais, as gerenciais e educacionais acarretam sobrecarga de trabalho no cotidiano do enfermeiro.
Oliveira et al., 2015.	Descrever a percepção da equipe de enfermagem sobre as UPAs, bem como conhecer as fragilidades e potencialidades encontradas pelos profissionais inseridos nesse serviço.	Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida nas UPAs de um município de Santa Catarina.	Os resultados demonstram a compreensão dos profissionais sobre a finalidade dessas unidades, mas apontam para a forma equivocada que o serviço vem sendo utilizado pela população; fato que, somado à falta de materiais, padronização de procedimentos, recursos humanos e capacitações, dificulta o processo de trabalho.

Tabela 1 -Caracterização dos artigos incluídos no estudo. Fortaleza, junho de 2018.

Fonte: própria dos autores.

#### 4.1 Percepção dos Usuários sobre ACCR

A percepção dos usuários acerca do protocolo de Manchester aliado à ACCR pode tornar mais ágil o atendimento aos pacientes com quadros clínicos considerados graves, informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera, discordam com a classificação estabelecida pelos profissionais, principalmente entre aqueles classificados com a cor verde e capacitação contínua dos enfermeiros (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Contudo Hermildaet,al., 2018 descreve que no atendimento primário no caso de gravidade e da priorização, neste aspecto a população entende que ACCR é prestado um serviço de qualidade. Ressalta-se ainda a necessidade de reavaliação constante do paciente após a classificação de risco para que esse receba um tratamento direcionado para a resolução de seu problema (SOUZA *et al.*, 2011).

Oliveira et al (2013), apontam que os usuários carecem de mais informações sobre ACCR e de adaptação ao método de atendimento de ACCR.

Diante disso, os artigos que fizeram parte dessa categoria trazem achados sobre o reconhecimento dos usuários da classificação como meio de agilizar o atendimento, mas discordam da forma com que pacientes são classificados pelos enfermeiros.

#### **4.2 Percepção da equipe de enfermagem sobre a ACCR**

A percepção dos enfermeiros acerca do protocolo de Manchester ao ACCR é a interpretação equivocada dos usuários referente aos seus sintomas, no qual deseja ser classificado no nível mais urgente, traz benefícios tanto para a instituição quanto para o usuário que se beneficia de um atendimento humanizado e o protocolo de Manchester, proporciona ao enfermeiro maior segurança no atendimento (RONCALLI et al., 2017b).

Apesar dos desafios para concretização da classificação de risco como uma estratégia acolhedora e equânime das demandas, o protocolo de Manchester trouxe segurança para a prática e qualidade da atenção prestada.( RONCALLI et.al., 2017b)

Segundo (Oliveira *et al.*,2017), nessa categoria os profissionais de enfermagem que atuam na triagem deveriam ser mais humanizados quando se fala de ACCR. Isso é um dos fatores que influenciam na sua capacidade de elencar um maior numero de vantagens.

Apesar dos desafios para concretização da classificação de risco como uma estratégia acolhedora e equânime das demandas, o protocolo de Manchester trouxe segurança para a prática e qualidade da atenção prestada.

A vivência do enfermeiro na classificação de risco é classificada como uma experiência de sobrecarga de trabalho pela elevada demanda, pelo tempo restrito para realizar a triagem, os protocolos possibilitam maior segurança para o profissional e agiliza o trabalho. Ressalta-se também que a falta de entendimento dos usuários sobre a classificação, a discordância entre o profissional médico e o enfermeiro e o deslocamento do profissional de enfermagem para a resolução de problemas burocráticos interferem no serviço prestado (RONCALLI et al., 2017a).

Prática extensiva que engloba todos os funcionários da unidade de atendimento, desde a recepção, o acolhimento com o profissional enfermeiro, consulta com o médico, quando necessário, administração de medicamento com os técnicos de enfermagem entre outros profissionais atuantes.

Enfermeiros, assistentes sociais, médicos e técnicos de enfermagem de uma UPA em Mossoró-RN, definem o atendimento no ACCR como uma forma de humanizar a prestação do cuidado ao usuário, pois atende o paciente de forma mais humanizada; é uma estratégia para diminuir as demandas de casos ambulatoriais. A estrutura física, as condições de trabalho dos profissionais e a educação continuada dos usuários também foram apontadas para aprimorar o atendimento (OLIVEIRA et al., 2013).

A implementação do ACCR, demanda qualificação não só dos enfermeiros, mas de todos os trabalhadores do serviço de urgência e emergência (WEYKAMP et al., 2015).

### **4.3 Humanização do Atendimento**

O atendimento humanizado, dentro das instituições de saúde, foi proposto, oficialmente na rotina dos serviços através da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Com a análise dos problemas e dificuldade em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país. Existe um SUS (Sistema Único de Saúde) que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos. (BRASIL, 2004d).

Atualmente, os debates acerca da temática do atendimento humanizado têm sido cada vez mais um assunto abordado por profissionais da área da saúde, em uma busca por revisão de posturas dos mesmos dentro das práticas de atendimento que visem o fortalecimento do trabalho em equipe; refletindo, principalmente, sobre os reflexos que essa prática pode vir a trazer ao usuário, no que se refere a uma assistência de saúde dada em caráter humanizado (SANTOS, 2017).

No Mato Grosso do Sul, usuários classificados como de risco azul, após o AACR realizado pelo enfermeiro, mostra que 157 (52,3%) desconhecem o sistema de classificação de risco adotado pela UPA e 199 (66,3%) não eram acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As principais queixas relatadas foi a cefaleia, 21,7% (65), 30% (90) alegaram busca atendimento na UPA devido ao atendimento demorado nas UBS e 55 (18,3%) por ausência do médico nessas mesmas unidades (PÍCOLI et al., 2016).

Um estudo realizado por Arnous (2014) relatou a experiência da implantação do protocolo de Manchester em 2012 no município de Guarapari/ES. Esse mostrou que cerca de 50% e 30% dos pacientes atendidos em uma UPA 24 horas, foram classificados com verdes e amarelos, respectivamente, referenciando acerca da importância da classificação de risco do protocolo de Manchester na melhoria da humanização e do cuidado à saúde prestada aos usuários da UPA 24h de Guarapari/ES por favorecer um atendimento humanizado e priorizando quem necessita de cuidados imediatos em função da gravidade da situação e saúde.

#### **4.4 Redes de Atenção à Saúde**

Para os enfermeiros de Porto Alegre o atendimento no ACCR visa o encaminhamento dos usuários para níveis adequados de assistência, dentro do próprio serviço e para outros serviços da rede. O atendimento clínico do usuário, assistência ao usuário em situação de urgência, recuperação da saúde tratando doenças e/ou agravos, a corresponsabilidade pela saúde das pessoas, fazer julgamentos clínicos sobre prioridades, identificar os grupos de risco e controle de doenças e agravos, coordenar os serviços da equipe de enfermagem e gerir processos complexos e conflitos (GEHLEM; LIMA 2013).

A compreensão dos profissionais da enfermagem, acerca das UPAs é de ser um local de atendimento rápido para casos graves em que o objetivo da assistência é a estabilização do quadro, e encaminhamento aos hospitais quando necessário; existência de falhas no atendimento das UBS, a sobrecarga de trabalho prejudica a qualidade do serviço, a falta de padronização do atendimento de urgência, a falta de estrutura física, material e de recursos humanos, a jornada de trabalho de 12 horas com folga de 48 horas (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

As UBS devem ser consideradas portas prioritárias ao cuidado à saúde da população, esgotando todas as possibilidades de atenção à saúde antes de encaminhá-los a outras esferas de atenção. Contudo, é fundamental que estas portas permaneçam abertas às famílias, para que não encontrem barreiras nos atendimentos, sejam, geográficas, financeiras, culturais, políticas, físicas, organizacionais e de linguagem (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

A articulação da UPA com os UBS devem ser preconizados pela PNU. Quando esta não existe ou ocorre inadequadamente, a continuidade da assistência e o atendimento na UPA

podem ficar comprometidos, gerando superlotação no serviço, aumento do tempo de espera e insatisfação entre os pacientes e os profissionais (DURO *et al.*, 2014).

## 5. CONCLUSÃO

O fluxo de atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento tem sido amplamente discutido na literatura e rotineiramente associada ao uso inadequado. Entre os artigos selecionados para esta revisão, percebe-se que os usuários, desse serviço que não se encontram em situação de urgência ou emergência, geram conflitos relacionados ao tempo de espera, a não reavaliação do estado de saúde do paciente e a falta de conhecimento dos protocolos de classificação de risco.

A classificação de risco é atividade inerente do enfermeiro. Sendo assim, faz-se necessário que se invista na formação e na capacitação desse profissional para atender às demandas do mercado.

Evidencia-se, ainda, escassez de pesquisas qualitativas com profissionais e usuários no cenário das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), considerando a importância desses serviços prestados à população, estratégias podem subsidiar uma reorganização dos fluxogramas e treinamento dos profissionais, possibilitando melhorias e maior resolubilidade aos usuários.

## REFERÊNCIAS

ARNOUS, A. H. **Relato de experiência da classificação de risco do protocolo de Manchester na unidade de pronto atendimento de Guarapari/ES**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

AZEREDO, T. R. M. et al. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. **Int J Nurs.**, v. 23, n. 2, p. 47-52. 2015.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: MS, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização SUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. **Qualisus** - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília; 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde 2017e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2010g.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 423/2012**. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DIAS, S. S. E. **Classificação De Risco: Dificuldades Enfrentadas Pelos Enfermeiros**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014, Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173433/Elizangela%20de%20Santana%20Santos%20Dias%20-%20EMG%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DURO C.L.M et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Rev RENE**. v.15, n.3, p.447-54, 2014.

FREITAS, R. J. M et al. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 62119, 2017.

GARLET E.R, et al. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.17, n.4, p.535-40, 2009.

GEHLEN G.C; LIMA M. A. D. S. O trabalho do enfermeiro na produção do cuidado em Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre/RS. **InvestEducEnferm.**, v. 31, n. 1, p. 26-35, 2013.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. O Sistema Manchester de Classificação de Risco. **Classificação de Risco em Urgência e Emergência**. 2. ed. Brasil. 2015.

GUEDES, H. M. et al. Riskclassification: portraitof a populationusing a Brazilianemergencyservice.**Rev Enf Ref.**, v. 4, n. 1, p. 37-44. 2014.

HERMIDA, P. M. V. et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03318. 2018.

INOUE, K. C. et al. Evaluation of quality of risk classification in emergency services. **Acta Paul Enferm.** v. 28, n. 5, p. 420-425. 2015.

JIMENEZ, J. G. Clasificación de pacientes enlosservicios de urgencias y emergencias: Haciaun modelo de trajeestructurado de urgencias y emergências. **Emergências**, v. 15, p. 165-174. 2003.

MACKWAY, J. K; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Sistema Manschester de Classificação de Risco. Tradução do Livro EmergencyTriage/ManschesterTriageGroup; editado por Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 2. ed., Grupo brasileiro de classificação de risco, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

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 Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out/dez. 2008.

MENDES E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): OPAS; 2012.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e0960014, 2017.

OLIVEIRA, K. K. D. et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.**REME rev. min. enferm.**v.17, n.1, p.148-156. 2013.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44. 2015.

PÍCOLI, R. P; CAZOLA, L. H. O; MAURER, N. M. J. S. Usuários de classificação de risco azul em uma unidade de pronto atendimento.**Cogitareenferm.**, v. 21, n. 1, p.01-7. 2016.

PINTO JÚNIOR, D. J; SALGADO, P. O; CHIANCA, T. C. M. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. **Rev Latino Am Enfermagem.**, v. 20, n. 6, p. 1041-1047. 2012.

POLIT, D. T.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA 24h**. 2014.

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/959-sas-raiz/dahu-raiz/urgencia-e-emergencia/12-17-urgencia-e-emergencia/13396-unidade-de-pronto-atendimento-24-horas-upa-24h>. Acesso em 12, nov 2017.

PRUDÊNCIO, C. P. G. et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Rev. baiana enferm.**, v. 30, n. 2, p. 1-10. 2016.

RONCALLI, A. A. et al. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1743-1751. 2017a.

RONCALLI, A. L. et al. Protocolo de manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n. 2. 2017b.

SHIROMA, B. M. L; PIRES, P. E. D; REINITZR; S. K. Reflexão acerca da implantação de um protocolo de classificação de risco no serviço de emergência. In: **Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem**, 2., 2008, Curitiba, Anais eletrônicos... Brasília: ABEn, 2008. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Reflex%C3%A3o%20sobre%20a%20classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20para%20os%20enfermeiros%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20emerg%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

SILVA, P. L et al. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, June. 2016.

SILVA. A.P et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 1, p. 507-517. 2014.

SOUZA C.C et al. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.v.19, n.1, p.26-33, 2011.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Acesso em 2 de junho de 2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf).

WEYKAMP J.M et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Rev Rene**. v.16, n.3, p.327-36. 2015.