

# Olhar dos usuários sobre o Acolhimento e Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento

*Users' perspective on Reception and Risk Classification in an Emergency Care Unit*

*Perspectiva de los usuarios sobre Acogida y Clasificación de Riesgo en una Unidad de Atención de Urgencias*

João Victor de Mello Correa<sup>1</sup>, Renata Rodrigues Teixeira de Castro<sup>2</sup>,  
Adalgiza Mafra Moreno<sup>3</sup>, Rúbia Walquíria de Carvalho<sup>4</sup>,  
Roberta Rodrigues Teixeira de Castro<sup>5</sup>

1.Aluno. Universidade Nova Iguaçu (UNIG). Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

2.Médica. Doutora. Universidade Nova Iguaçu (UNIG). Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

3.Fisioterapeuta. Doutora. Universidade Nova Iguaçu (UNIG). Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

4.Administradora. Mestre. Universidade Nova Iguaçu (UNIG). Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

5.Médica Veterinária. Doutra. Universidade Nova Iguaçu (UNIG). Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

---

## Resumo

**Objetivos.** Analisar o comportamento, o conhecimento e a percepção dos usuários quanto ao Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR), realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Austin, município de Nova Iguaçu, localizado no Estado do Rio de Janeiro. **Método.** Foram entrevistados 173 pacientes, a partir de questionários estruturados, que contemplavam perguntas sobre dimensões sociodemográficas, conhecimentos e comportamentos relacionados ao ACCR e à Rede de Atenção à Saúde e a percepção quanto à qualidade dos atendimentos prestados. As análises foram realizadas em programa SPSS mediante epidemiologia descritiva. Utilizou-se o teste qui-quadrado para investigar as associações entre as variáveis qualitativas, utilizando um nível de significância estatística  $\alpha$  de 0,05. **Resultados.** A grande demanda por atendimentos nas UPA se deu em função da proximidade com a residência e de pressupostos subjetivos de gravidade dos pacientes sobre sua situação de saúde. Embora se traduzam em distorções no processo de trabalho e na descaracterização do perfil da unidade, gerando dentre outras consequências, sobrecarga de trabalho dos seus profissionais, a qualidade do atendimento foi avaliada positivamente, sugerindo um esforço dos mesmos e/ou gratidão dos usuários diante de um cenário de restrição. **Conclusão.** Ouvir os usuários torna-se fundamental para compreender as reais dificuldades enfrentadas por eles em busca do atendimento às suas demandas de saúde. Acredita-se que os resultados encontrados poderão subsidiar o processo de tomada de decisão visando o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

**Unitermos.** UPA; classificação de risco; emergência

---

## Abstract

**Objectives.** To analyze the behavior, knowledge, and perception of users regarding the Reception and Risk Classification (RRC), carried out at the Emergency Care Unit (ECU) in Austin, in the municipality of Nova Iguaçu, located in the State of Rio de Janeiro. **Method.** 173 patients were interviewed using structured questionnaires, which included questions about sociodemographic dimensions, knowledge and behavior related to the RRC and the Health Care Network, and the perception of the quality of care provided. The analyzes were carried out in the SPSS program using descriptive epidemiology. The chi-square test was used to investigate associations between qualitative variables, using a statistical significance level of 0.05. **Results.** The great demand for care in the ECU was due to the proximity to the residence and subjective assumptions of the severity of the patients about their health situation. Although they translate into distortions in the work process and the mischaracterization of the unit's

profile, generating, among other consequences, work overload for its professionals, the quality of care was evaluated positively, suggesting an effort from them and/or gratitude from users in the face of a constraint scenario. Conclusion. Listening to users is fundamental to understanding the real difficulties faced by them in the search for meeting their health demands. It is believed that the results found may support the decision-making process aimed at strengthening the Health Care Network.

Keywords. ECU; risk classification; emergency

---

## Resumen

Objetivos. Analizar el comportamiento, el conocimiento y la percepción de los usuarios sobre la Acogida y Clasificación de Riesgo (ACR), realizado en la Unidad de Atención de Urgencias (UAU) de Austin, en el municipio de Nova Iguaçu, ubicado en el Estado de Río de Janeiro. Método. 173 pacientes fueron entrevistados mediante cuestionarios estructurados, que incluían preguntas sobre dimensiones sociodemográficas, conocimientos y comportamientos relacionados con la ACR y la Red de Atención a la Salud, y la percepción de la calidad de la atención prestada. Los análisis se realizaron en el programa SPSS utilizando epidemiología descriptiva. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para investigar asociaciones entre variables cualitativas, utilizando un nivel de significación estadística  $\alpha$  de 0,05. Resultados. La gran demanda de atención en la UAU se debió a la cercanía a la residencia y a las suposiciones subjetivas de la gravedad de los pacientes sobre su situación de salud. Aunque se traduzcan en distorsiones en el proceso de trabajo y en la descaracterización del perfil de la unidad, generando, entre otras consecuencias, sobrecarga de trabajo para sus profesionales, la calidad de la atención fue evaluada positivamente, sugiriendo un esfuerzo de ellos y/o agradecimiento de los usuarios en la frente a un escenario de restricción. Conclusión. Escuchar a los usuarios es fundamental para comprender las dificultades reales enfrentadas por ellos en la búsqueda de satisfacer sus demandas de salud. Se cree que los resultados encontrados podrán apoyar la toma de decisiones encaminadas al fortalecimiento de la Red de Atención a la Salud.

Palabras clave. UAU; clasificación de riesgo; emergencia

---

Trabalho realizado na Universidade Nova Iguaçu (UNIG). Nova Iguaçu-RJ, Brasil.

Conflito de interesse: não                    Recebido em: 09/01/2023                    Aceito em: 12/04/2023

Endereço para correspondência: Roberta RT Castro. Email: [robaycastrogiovanna31@gmail.com](mailto:robaycastrogiovanna31@gmail.com)

---

## INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são unidades intermediárias entre a atenção primária (AP) e as emergências hospitalares, que começaram a fazer parte da agenda do Estado do Rio de Janeiro em 2007<sup>1</sup>.

O contexto de crise do sistema público de saúde, em pauta na época, evidenciou limitações de acesso da população aos serviços de saúde, filas com longo tempo de espera para atendimento, superlotação de serviços da emergência e dificuldades de integração e articulação entre os serviços da rede de atenção à saúde, que demandavam

uma nova proposta de organização de atendimento aos diferentes perfis de demanda por serviços de saúde<sup>2</sup>.

Quinze anos se passaram e atualmente o Estado do Rio de Janeiro conta com 29 UPA em funcionamento<sup>3</sup>. Entretanto, ao longo desse tempo a implementação da Rede de Atenção às Urgência e Emergências (RUE) ocorreu de forma fragmentada entre os seus diferentes componentes justificando sua dificuldade em resolver os problemas descritos anteriormente e de exercer seu papel na rede, atendendo na maioria dos casos demandas de baixa complexidade que poderiam ser acolhidas pela AP<sup>1</sup>. Ainda, questões culturais corroboram para a procura dos pacientes pelos serviços de urgências e emergências mesmo diante de casos de menor gravidade, seja pela flexibilidade de horários ou pela resolutividade fornecida pelo maior aparato tecnológico<sup>4,5</sup>.

Na tentativa de organizar este acesso desordenado, a estratégia de implantação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) para priorização casos de maior gravidade, foi incorporada pelas UPA<sup>6</sup>. Entretanto, os diferentes estudos realizados nestas unidades demonstram que apesar do ACCR ser um instrumento capaz de organizar fluxos diante de demandas maiores que as ofertas, não é capaz de atender às diferentes expectativas dos usuários, principalmente para aqueles classificados com menor gravidade. Desta forma, o objetivo geral deste trabalho é analisar o conhecimento, comportamento e percepção dos usuários quanto ao ACCR realizado na UPA de Austin,

município de Nova Iguaçu, localizado no Estado do Rio de Janeiro.

---

## MÉTODO

### Amostra

Foi realizado um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética (número de parecer 4.431.530), através de questionário estruturado aplicado aos usuários da UPA, sendo assegurados os aspectos de confidencialidade. Todos os usuários que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que contemplou todos esses aspectos para fins de registro legal.

Foram excluídas da amostra gestantes, pacientes abaixo de 18 anos, e aqueles que demandavam atendimentos de urgências ou emergências com condição clínica que impossibilitassem sua participação no estudo.

### Procedimento

Tendo em vista que a UPA realiza em média 3600 atendimentos/mês, considerando 5% de erro e 90% de nível de confiança, deveriam ser entrevistados no mínimo 166 pacientes, visando garantir uma amostra estatisticamente significativa. A coleta foi realizada entre os meses de março e outubro de 2022, em dias e turnos diferenciados visando evitar viés de seleção.

O questionário contou com questões fechadas distribuídas quanto aos seguintes aspectos: dados sociodemográficos, conhecimentos e comportamentos relacionados ao acolhimento e classificação de risco e à rede de atenção à saúde e a percepção quanto à qualidade do atendimento prestado.

## **Análise Estatística**

As análises foram realizadas em programa SPSS mediante epidemiologia descritiva, incluindo mediana e média para variáveis contínuas e proporções para variáveis categóricas. Utilizou-se o teste qui-quadrado para investigar as associações entre as variáveis qualitativas, utilizando um nível de significância estatística  $\alpha$  de 0,05.

## **RESULTADOS**

---

Foram entrevistados 173 pacientes, sendo 51,4% do sexo masculino e 48,6% do sexo feminino, com idade entre 21 e 82 e média de 47,4 anos.

Os pacientes eram moradores apenas de 2 municípios, sendo 85% (147 pacientes) de Nova Iguaçu e 15% (26 pacientes) de Queimados. Em relação aos bairros dessa população atendida, 77,5%, era de Austin (134 pacientes), seguido de 10,4% do Centro (18 pacientes), 3,4% (6 pacientes) de Vila Nascente e Campo Alegre e os demais de Comendador Soares, Nossa senhora do Rosário e Vadoriosa (2% cada).

Quanto à ocupação desta população atendida na UPA, identificou-se 19,7% de desempregados (34 pacientes), seguido de 19,1% (33 pacientes) aposentados ou pensionistas. Várias outras profissões foram citadas sem expressão significante.

Chama a atenção o fato de apenas 5 pacientes (2,9%) relatarem terem sido referenciados para a UPA, sendo 97,1% da procura realizada por demanda espontânea. Ainda, quando questionados quanto à motivação para procurar a UPA em detrimento de outras unidades de saúde, em nenhum momento relataram a gravidade do caso. Do total, 41,4% (72 pacientes) relatou a procura pela menor distância, 25,4% (44 pacientes) pela confiança na instituição, 12,1% (21 pacientes) pela resolutividade, 9,8% pela rapidez no atendimento (17 pacientes), 7,5% (13 pacientes) por indicação de amigos e 3,5% (6 pacientes) pelo fato da UBS só atender com agendamento.

Quando questionados sobre o conhecimento dos critérios para atendimento pelo protocolo de ACCR, apenas 25,4% (44 pacientes) informaram conhecê-los e 48,6% (84 pacientes) confirmaram compreender seus objetivos e proposta. Por outro lado, 85% (147 paciente) relataram estar satisfeitos com o atendimento prestado a partir do ACCR e 81,5% dos pacientes (141 pacientes) relataram preferir o atendimento por ACCR do que o atendimento por ordem de chegada.

Todos os entrevistados informaram que o ACCR foi realizado apenas pela enfermagem, não incluindo outros profissionais de saúde no processo, e 78% (135 pacientes) acreditam que houve escuta qualificada de suas queixas.

Em relação à qualidade no atendimento, 45,7% (79 pacientes) consideraram boa, 30,6% (53 pacientes) consideraram excelente e apenas 23,7% (41 pacientes) consideraram regular.

No que tange o tempo de espera para atendimento identificou-se que 40% (69 paciente) consideraram o tempo de espera longo ou muito longo, 36,4% (63 pacientes) consideraram normal e 23,7% (41 pacientes) consideraram rápido ou muito rápido.

Quando questionados quanto ao tempo real de espera, constatou-se que 28,3% dos pacientes (49 pacientes) foram atendidos em até 30 minutos, 31,8% entre 30 minutos e 1 hora (55 pacientes), 14,5% entre 1 e 3 horas (25 pacientes) e 25,4% entre 3 e 5 horas (44 pacientes). Esses achados evidenciam que os pacientes que aguardam por atendimento por um tempo de espera maior do que 1 hora já o consideram longo.

Ainda, 76,9% desses pacientes (133) acreditam que suas queixas não poderiam ter sido resolvidas na APS e 92,5% (160 pacientes) afirmaram considerar urgência ou emergência sua demanda. Entretanto, a análise das queixas apresentadas associadas ao tempo médio de espera sugerem que apenas 28,3% (49 pacientes) caracterizava-se como urgência, sendo elas em sua maioria dores em

diferentes partes do corpo, mal estar e hipertensão decontrolada.

Em relação ao tratamento prestado, 70% (121 pacientes) consideraram que os profissionais estão preparados e motivados para realizar o atendimento, 85% estavam satisfeitos com o atendimento (147 pacientes) e 68,2% (118 pacientes) consideraram que seu problema foi resolvido.

Quanto à continuidade do seu tratamento apenas 17,3% (30 pacientes) informaram ter sido orientados a procurar outro serviço. Sugerindo-se assim, que mesmo nos casos em que não houve resolução do problema, mas houve direcionamento para a rede, os pacientes ficaram satisfeitos.

A associação entre as variáveis que questionavam sobre a preferência por ACCR ou por ordem de chegada com a que avaliava a qualidade do atendimento de classificação de risco foi significante ( $Fisher=36,598$ ;  $p<0,001$ ). A análise dos resíduos padronizados ajustados demonstra que todos os grupos se diferenciaram entre si. Desta forma, a maioria dos indivíduos que relataram preferir o ACCR classificaram a qualidade do atendimento como excelente.

A associação entre a variável que analisou se a escuta qualificada das queixas foi priorizada pelo profissional que atuou na triagem com a qualidade do atendimento prestado, também foi significante ( $Fisher=36,692$ ;  $p<0,001$ ). A maioria dos indivíduos que identificou a priorização da escuta qualificada pelo profissional, classificou a qualidade do atendimento como boa. A estimativa de razão de chances

demonstrou que indivíduos que consideraram que o profissional não priorizou a escuta qualificada apresentam 14,04 vezes mais chances ( $IC95\% = 3,33; 59,3$ ) de apontar a qualidade do atendimento como regular, quando comparado aqueles que consideraram.

## **DISCUSSÃO**

Sabe-se que a recomendação é procurar o primeiro atendimento na atenção primária e que algumas demandas acolhidas nestas unidades poderão ser referenciadas às UPA, conforme avaliação de gravidade. Entretanto, o estudo demonstrou que apenas 2,9% dos pacientes foram referenciados pelas UBS, ocorrendo a maior parte da procura por atendimento nas UPA por demanda espontânea.

A análise das principais queixas registradas nessa pesquisa sugerem que a UBS seria o local apropriado para tratamento da grande maioria dos casos, embora não tenha sido procurada previamente e/ou não tenha conseguido atuar de forma resolutiva. Tal fato pode ser explicado pela insuficiência de programas efetivos para controle das doenças crônicas uma vez que grande parte da procura se deu por descompensação da hipertensão. Desta forma, tanto as percepções equivocadas de gravidade, como as fragilidades existentes nos outros componentes da RAS, se traduzem em distorções no processo de trabalho desta unidade, bem como na descaracterização de seu perfil<sup>7,8</sup>.

Os achados deste estudo diferem de outro estudo<sup>7</sup>, no que tange à procura por serviços de saúde independente da localização geográfica, pois a maior parte dos entrevistados demonstrou que a pequena distância entre a residência e a assistência influenciou em grande parte a procura por aquela unidade. Por outro lado, corrobora com a discussão sobre a população desconhecer os fluxos e atribuições dos diferentes elementos que compõem a rede de atenção à saúde do SUS e sobre a forma como aprendem a utilizar os serviços de acordo com suas necessidades, percepções e possibilidades<sup>7</sup>.

Especificamente sobre o protocolo de ACCR, os artigos que abordam este tema, bem como o presente estudo, demonstram essa restrição no conhecimento por parte dos usuários dos serviços de saúde<sup>9,10</sup>. É notório que os pacientes precisam ser melhor orientados e para que isso se torne realidade é necessário que sejam oferecidas melhores condições de trabalho aos diferentes profissionais de saúde, bem como maior utilização da mídia para implantação e disseminação de ações de educação em saúde. Torna-se necessário desenvolver estratégias de educação em saúde para ampliar sua aceitação pela sociedade, desenvolvendo dentre outros aspectos, a compreensão quanto às diferenças entre urgência e emergência e quanto aos papéis dos prestadores na rede de atenção à saúde<sup>11</sup>.

Foram descritas algumas dificuldades encontradas na rotina das UPA que inviabilizam aprofundar esse conhecimento juntos ao usuário, sejam elas: sobrecarga de trabalho, deficiência de recursos humanos e rotina de trabalho estressante de trabalho<sup>12,13</sup>. O que traz esperança e uma luz no fim do túnel, é o fato dos estudos demonstrarem que a importância de promover ações de promoção em saúde não está esquecida, mas talvez paralisada pelos desafios em sua operacionalização<sup>14</sup>.

Sendo assim, urge a necessidade de se discutir de forma integrada aspectos relacionados às insuficientes ações de educação em saúde, péssimas condições de trabalho e papéis e responsabilidades dos diferentes componentes da rede atenção à saúde, que se tornam um ciclo vicioso. Só atuando nestas diferentes frentes, conseguiremos minimizar a fragmentação existente e reverter a procura indiscriminada por atendimento nas UPA em detrimento ao atendimento nas UBS.

Mesmo diante de tantas dificuldades, vale ressaltar o esforço dos profissionais de saúde em proporcionar um cuidado qualificado, que pode ser expresso pela avaliação da qualidade do atendimento prestado e da escuta qualificada e humanizada relatada tanto no presente estudo, como em outros trabalhos realizados no mesmo contexto<sup>15,16</sup>. Embora seja uma avaliação subjetiva e que possa ser influenciada pelo viés de gratidão estabelecido pelo vínculo criado entre usuários e profissionais da saúde ou por encararem o atendimento como “um favor”, deve ser encarada como um

ponto positivo neste cenário de restrições<sup>14,17</sup>.

Nesta mesma direção, estudo realizado em Minas Gerais demonstrou que as barreiras de acesso e a lógica voltada para o tratamento da doença em detrimento ao indivíduo foram superadas, corroborando para uma visão mais positiva por parte dos usuários das UPA. Corroborando com os achados deste estudo, a escuta qualificada e humanizada e a agilidade no tratamento de casos graves contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico destes pacientes foram os principais aspectos positivos identificados<sup>18</sup>.

Por outro lado, outros artigos demonstram que embora o atendimento tenha se tornado garantido, o aumento no tempo de espera e a subjetividade presente nos protocolos dos casos de menor gravidade geram insatisfação devido a alguns parâmetros subjetivos dos protocolos<sup>19,20</sup>. Na UPA analisada, apenas o longo tempo de espera foi evidenciado, embora não tenha sido capaz de influenciar negativamente na avaliação realizada sobre o tratamento prestado. Não houve questionamentos relacionados aos parâmetros de avaliação de gravidade, contrastando com pesquisa realizada em uma UPA no interior do Paraná onde os usuários discordavam da classificação de risco realizada nos casos de menor gravidade<sup>21</sup>.

O fato de 100% dos usuários associarem o ACCR apenas ao profissional de enfermagem é algo que precisa ser melhor analisado, pois foi concebido como um compromisso coletivo, de cunho multidisciplinar, contando com a participação de todos os profissionais que atuam diretamente na área de urgência ou que possuem interface com a mesma, sejam eles assistenciais, administrativos ou gestores<sup>6</sup>. O usuário precisa entender o cuidado como um processo que perpassa todo o serviço de saúde, sendo a classificação de risco apenas uma etapa do mesmo.

## **CONCLUSÃO**

O presente trabalhou buscou valorizar o olhar dos usuários de uma UPA localizada no município de Nova Iguaçu, no Estado do Rio de Janeiro, numa tentativa de compreender as reais dificuldades enfrentadas pelos mesmos em busca do atendimento às suas demandas de saúde.

A análise do comportamento, do conhecimento e da percepção dos usuários quanto ao ACCR demonstra que a proposta de oferecer atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada, sem pressupor exclusão, acarreta uma procura desenfreada por atendimento nas UPAs, independentemente do tempo de espera para atendimento.

É possível que a qualidade do atendimento registrada neste estudo possa estar sendo enviesada pelo histórico de dificuldades vivenciadas por estes pacientes ao longo de sua trajetória na busca por atendimento ou mesmo pelo esforço hercúleo dos profissionais envolvidos na prestação do cuidado. Portanto, torna-se fundamental complementar os resultados aqui encontrados, com o olhar dos profissionais e gestores que atuam na RAS, pois só unindo todas as peças do quebra-cabeça será possível subsidiar, de forma qualificada, o processo de tomada de decisão em saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1.Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu) 2016;20:879-92.  
<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>
- 2.Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, Baptista TWF, Andrade CLT, Konder MT. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Col 2015;20:595-606.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.02512014>
- 3.Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Rio de Janeiro.UPA 24 horas (internet). Acessado em: 01/03/2022. Disponível em:  
<https://www.saude.rj.gov.br/atendimento/upa-24-horas>
- 4.Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência (Dissertação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1919>
- 5.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimentos (UPAs). Brasília (DF): CONASS. 2015.  
<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass Documenta 28.pdf>
- 6.Ministério da Saúde (BR). 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 (DF): MS; 2009.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)

- 7.Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LAD. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. Acta Paul Enferm 2012;25:19-25. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900004>
- 8.Ludwig MLM, Bonilha ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. Rev Bras Enferm 2003;56:12-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100003>
- 9.Cesar MP, Ilha S, Pereira VC, Rosa PH, Buriol D, Rangel RF. Percepção de usuários de um pronto atendimento 24 horas acerca da classificação de risco. Rev Pesq Cuidado é Fundamental Online 2021;13:330-5. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8604>
- 10.Hermida PMV, Nascimento ERPD, Echevarría-Guanilo ME, Vituri DW, Martins SR, Barbosa SS. Responsividade do acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação dos usuários em Unidade de Pronto Atendimento. Texto Contexto Enferm 2019;28:1-16. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0480>
- 11.Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci JJA, Góes HLF, Matsuda LM. Acolhimento com Classificação de Risco: percepções de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento. Texto contexto Enferm 2017;26:1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>
- 12.Hermida PMV, Nascimento ERPD, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBHD. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. Rev Esc Enferm USP 2018;52:1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>
- 13.Silva MRB, Santos JS, Morais MPL, Silva HCDA, Oliveira NS, Donato AG. Percepção dos enfermeiros na classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Glob Clin Res 2021;1:e2. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210002>
- 14.Mello Correa JV, Castro RRT, Moreno AM, Carvalho RW, Almeida Lima RC, Castro RRT. Percepção dos usuários sobre Acolhimento e Classificação de Risco nas UPAS: revisão integrativa. Rev Neuroscienc 2022;30:1-22. <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.13013>
- 15.Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. Invest Educ Enferm 2014;32:78-86. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a09>
- 16.Jones KM, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.
- 17.Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. Soc Sci Med 2009;68:2089-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.042>
- 18.Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. Rev Mineira Enferm 2008;12:581-6. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-546857>

19. Moreira DA, Tibães HBB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. *Texto Contexto Enferm* 2017;26:1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005970015>
20. Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Invest Educ Enferm* 2014;32:78-86. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a09>
21. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33:181-90. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>