

## PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UM PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Perception of users of a ready 24 hour service about risk classification

Percepción de usuarios de un listo atención 24 horas acerca de la clasificación de riesgo

Mariana Pellegrini Cesar<sup>1</sup>, Silomar Ilha<sup>2</sup>, Vagner Costa Pereira<sup>3</sup>, Paloma Horbach da Rosa<sup>4</sup>, Daniela Buriol<sup>5</sup>, Rosiane Filipin Rangel<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

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. 2021 jan/dez; 13:330-335. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8604>.

### RESUMO

**Objetivo:** compreender o que os usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas entendem por classificação de risco. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório-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. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e após foram submetidos a análise temática de conteúdo. **Resultados:** possibilitaram a construção de duas categorias: Motivos para a procura do pronto atendimento como primeira escolha e Classificação de risco: uma lacuna do conhecimento dos usuários. Pode-se perceber que o conhecimento que os usuários possuem sobre o serviço de pronto atendimento é escasso e a classificação de risco se apresenta como uma lacuna no conhecimento. **Conclusão:** este assunto precisa ser trabalhado para que seja possível a organização dos serviços de saúde.

**Descritores:** Acolhimento; Triagem; Emergências; Enfermagem; Serviços de saúde.

1 Enfermeira, Residente em Urgência/Trauma, Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil. (ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7938-5614>)

2 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil. (ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2132-9505>)

3 Enfermeiro, Especialista em Terapia Intensiva, Responsável Técnico da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil. (ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1158-5855>)

4 Enfermeira, Residente em Urgência e Trauma pela Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil. (ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4463-1042>)

5 Enfermeira, Residente em Urgência e Trauma pela Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil. (ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2635-5275>)

6 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil. (ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4059-4176>)

## ABSTRACT

**Objective:** to comprehend the viewpoint of users of a 24-hour Emergency Care Unit about risk classification. **Method:** this is a qualitative research, with an exploratory-descriptive character. The investigation was conducted in a 24-hour Emergency Care Unit in the months of June and July 2018, with 12 users of the service. Data were collected through a semi-structured interview, and subsequently they were submitted to content thematic analysis. **Results:** it has allowed us to draw up two categories: Reasons for the search of emergency care as the first choice and Risk classification: a gap in the knowledge of users. We can note that the knowledge that the users have about the emergency care service is scarce and that the risk classification is shown as a knowledge gap. **Conclusion:** this issue needs to be worked out in order to enable us to organize health services.

**DESCRIPTORS:** User embracement; Triage; Emergencies; Nursing; Health services.

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender lo que los usuarios de una Unidad de Atención de Emergencia 24 horas entienden por clasificación de riesgo. **Método:** investigación con enfoque cualitativo, de carácter exploratorio-descriptivo. La investigación se realizó en una Unidad de Atención de Emergencia 24 horas en los meses de junio y julio de 2018, con 12 usuarios del servicio. Los datos se recopilieron mediante una entrevista semiestructurada y después se sometieron al análisis temático de contenido. **Resultados:** fue posible construirse dos categorías: Razones para la demanda de la atención de emergencia como primera opción y Clasificación de riesgo: una laguna del conocimiento de los usuarios. Se puede percibir que el conocimiento que los usuarios poseen sobre el servicio de atención de emergencias es escaso y la clasificación de riesgo se muestra como una laguna en el conocimiento. **Conclusión:** este asunto necesita ser trabajado para que sea posible la organización de los servicios de salud.

**Descriptorios:** Acogimiento; Triage; Urgencias médicas; Enfermería; Servicios de salud.

## INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil, servindo como uma das portas de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>1</sup> A realidade da superlotação dos serviços de emergência é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada e sem estabelecimento de critérios clínicos. Frente a essa realidade, o Ministério da Saúde tem apresentado estratégias voltadas para a organização dos serviços, dentre essas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH),<sup>2</sup> criada em 2003, visando a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde. A referida política, busca mudar a forma tradicional de atendimento, caracterizada por filas e ordem de chegada, para o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como um dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de emergência.

Na atualidade, a porta de entrada dos serviços de emergência tem sido reconhecida pelos usuários, equivocadamente, como a primeira escolha de atendimento, mesmo em situações que não se caracterizam como urgência ou emergência.<sup>3-5</sup> Esse

fato gera a superlotação, o atendimento fragmentado, entre outros fatores que interferem na qualidade do atendimento.<sup>5-7</sup>

A classificação de risco é parte fundamental da gestão do risco clínico em todos os serviços, quando a demanda por assistência ultrapassa os recursos disponíveis. Nos serviços de emergência é utilizada para definir uma prioridade clínica, sinalizar os fluxos de atendimento, monitorar as linhas de cuidado, além de destacar a necessidade de adequações de recursos humanos, administrativos, físicos e materiais.<sup>8</sup> Segundo o protocolo de Manchester, as prioridades clínicas podem ser classificadas em cinco cores que determinam o tempo necessário para o atendimento do usuário: Vermelha (Emergente – 0 minutos); Laranja (Muito Urgente – até 10 minutos); Amarelo (Urgente – 60 minutos); Verde (Pouco Urgente – até 120 minutos); Azul (Não Urgente – até 240 minutos).<sup>9</sup>

De acordo com a Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017,<sup>10</sup> que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) como Componente da Rede de Atenção às Urgências, a classificação de risco é entendida como uma ferramenta de apoio à decisão clínica. Ela possui formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizada por profissionais de ensino superior (enfermeiros ou médicos) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do usuário e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas.<sup>7,9</sup>

Há diferentes sistemas de Classificação de Risco difundidos no país, porém o mais utilizado é o de Manchester (SCRM), criado em 1994 na Inglaterra. Em 1998 seu uso foi recomendado em hospitais do Reino Unido, a partir de 1999 começou a ser utilizado em Portugal e em 2007 foi introduzido no Brasil, em um projeto da Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Surgiu então, o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, responsável pela divulgação, formação, implementação, manutenção, auditoria e garantia do controle médico do protocolo no Brasil.<sup>9</sup>

Apesar da proposta do SUS para atendimento hierarquizado e regionalizado,<sup>1</sup> os serviços de emergência de média e alta complexidade deparam-se diariamente com longas filas para o atendimento dos usuários. A UPA 24h apresenta uma grande demanda, por vezes, o tempo de espera por atendimento médico pode ser longo, o que gera insatisfação e indagações pelos usuários. Fatores dessa natureza se constituem em fortes barreiras à qualidade por requererem investimentos financeiros elevados, grande esforço dos gestores e trabalhadores e, principalmente, empenho dos usuários em compreender os processos que envolvem a rede de atenção à saúde.<sup>3,6,11</sup>

Diante do exposto, questiona-se: o que os usuários de um Pronto Atendimento 24 horas entendem por classificação de risco? Na busca de respostas ao questionamento objetivou-se, com o estudo, compreender o que os usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas entendem por classificação de risco.

## MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma UPA 24 horas, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram 12 usuários do SUS que procuraram a referida unidade para atendimento. A escolha dos mesmos foi realizada por conveniência, com proporcionalidade entre os turnos manhã, tarde e noite. Esses foram abordados após a classificação de risco, durante o tempo de espera pela consulta médica. O número de participantes foi determinado pela necessidade de informação e qualidade dos dados produzidos, sendo que com 12 participantes alcançou-se a reincidência e complementariedade das informações acerca do objeto de estudo.<sup>12</sup>

Os critérios de inclusão foram: possuir 18 anos ou mais e classificados como verde no protocolo de Manchester, por critério de tempo de espera (até 120 min) e pelo fato desses pacientes possuírem uma clínica com caráter de pouca urgência.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de junho e julho de 2018, por meio de uma entrevista semiestruturada, constituída na primeira parte por um questionário sociodemográfico dos participantes, a fim de, traçar o perfil dos mesmos. E a segunda parte formada por questões acerca da temática.

As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital e posteriormente transcritas. Os dados, foram analisados pela análise temática de conteúdo<sup>13</sup>, a partir das três fases que a compõe: pré-análise, momento em que se efetuou a leitura fluente do material, tomando-se contato de sua estrutura. Logo ocorreu a constituição do *Corpus*, considerando a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na segunda fase da análise, foi realizada a leitura em profundidade do material analisado, com vistas ao encontro de categorias para posterior classificação e agregação dos dados. E por fim, na terceira fase realizou-se o tratamento dos resultados e interpretação dos dados.<sup>13</sup>

Manteve-se os preceitos éticos e legais, conforme a Resolução CNS nº 466/2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Franciscana, no dia 08 de maio de 2018, sob parecer 449.662 e CAAE: 88025718.1.0000.5306. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficou com o participante e a outra com os pesquisadores. Para manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados, pela letra “U” de usuário, seguida de um algarismo de acordo com a ordem das entrevistas U1, U2...U12.

## RESULTADOS

Dos 12 participantes, nove (75%) eram do sexo feminino e, três (25%) do sexo masculino. As idades variaram entre 18 e 54 anos. O grau de escolaridade era: um (8,3%) ensino

fundamental incompleto, quatro (33,3%) ensino médio incompleto, cinco (41,6%) ensino médio completo e dois (16,6%) ensino superior completo. Após análise dos resultados, emergiram duas categorias. Motivos para a procura do pronto atendimento como primeira escolha; e Classificação de risco: uma lacuna do conhecimento dos usuários.

### Motivos para a procura do Pronto atendimento como primeira escolha

Frente aos resultados obtidos, a compreensão da maioria dos usuários entrevistados acerca do serviço de pronto atendimento é apresentada nas seguintes falas:

*Pronto Atendimento, tu chega lá e já vai ser atendido né! Na hora no caso. (U1)*

*Um atendimento de urgência. Atendimento imediato. (U4)*

*Um atendimento rápido ne? Um atendimento que deveria ser rápido pro povo. (U6)*

*Então é uma coisa pra ser resolvida agora, [...] tenha alguma cura pro meu problema relativamente rápido. (U9)*

De acordo com as falas apresentadas pode-se perceber um conhecimento importante que os usuários têm acerca do funcionamento de uma unidade de pronto atendimento como um atendimento imediato, esse conhecimento é importante pois se tratando de um serviço de urgência e emergência tempo é vida. Por outro lado, pode ser visto como a obrigatoriedade da agilidade no atendimento, independente da causa ou da demanda apresentada pelo paciente. Porém, sabe-se que apenas os casos urgentes ou emergentes terão essa brevidade no atendimento independente do fluxo da unidade. Fator esse que pode levar a insatisfação do usuário, quando apresenta algum caso mais simples ou sem urgência, o seu atendimento pode não ser tão breve, a depender da demanda do serviço.

Ainda apareceram falas de usuários que se referiram a UPA como uma “estabilização”, ou como consulta rápida para ser encaminhado ao médico especialista posteriormente, dado relevante, visto que, demonstra o conhecimento dos usuários acerca do funcionamento de um serviço de pronto atendimento.

*Mas aí eu preciso marcar uma consulta para saber o que realmente é essa dor que eu sinto. (U11)*

*As pessoas vão fazer uma consulta simples e que depois dependendo da condição são encaminhadas para um especialista ou algo assim, também para estabilização de pacientes. (U10)*

Além disso, a UPA aparece como “um lugar para ir quando não há outra opção”, ou tempo hábil para aguardar algum tipo de consulta, se apresenta para o usuário como a oportunidade de ter atendimento com um médico clínico, quando a atenção primária não consegue acolher as demandas deste paciente.

*Quando tu não tem um outro lugar pra ir e daí tu vem aqui direto. Porque normalmente a gente vai em posto, mas daí tem que amanhecer. Eu não estou com tanta dor, só pra mim não esperar até amanhã no caso pelo posto. (U1)*

*Eu não tenho como agendar uma consulta médica normal pra daqui mil anos. (U9)*

*Porque é o único lugar que tem, pra ajudar os outros. (U5)*

As falas acima evidenciam que os usuários em algumas ocasiões possuem a informação de que o seu atendimento poderia ser realizado em um serviço de atenção primária, entretanto, por não conseguirem acesso ao médico do serviço ou não terem o seu problema solucionado, acabam procurando a UPA.

Um participante do estudo se referiu a UPA como serviço de prevenção de doenças, fator em que deveria ser associado a atenção primária em saúde, isso demonstra a lacuna existente no conhecimento popular acerca da hierarquização do SUS.

*A gente tem alguma coisa, já tem que procurar o pronto atendimento, antes que alguma coisa mais grave aconteça. (U3)*

Percebe-se que o conhecimento acerca do serviço de pronto atendimento é, por vezes, compreendido pelos usuários, porém o sistema de saúde ainda possui fragilidades que dificultam ou impossibilitam para que a sua demanda seja atendida no local destinado. Frente a isso, é realizada a classificação de risco, com a finalidade de organizar o atendimento entre aqueles pacientes com urgência ou não urgência, porém, este processo se apresenta como uma dificuldade no entendimento dos usuários.

### **Classificação de risco: uma lacuna do conhecimento dos usuários**

Acerca do entendimento sobre a classificação de risco, os usuários relataram como uma primeira avaliação a ser feita, para classificar a prioridade do paciente frente aos outros usuários que também tem queixas importantes.

*Para dar prioridade no atendimento. (U7)*

*Classificação de acordo com a gravidade do problema da pessoa. (U10)*

*Classificação de risco é uma classificação que os médicos, enfermeiros e técnicos tem que fazer, é uma orientação, [...] tu tem algo muito grave, tu vai ser atendido primeiro. (U2)*

Acerca dos dados apresentados acima, os achados são importantes, visto que, os usuários entrevistados reconhecem o processo de classificação de risco realizada pelos enfermeiros e a sua funcionalidade.

Por outro lado, nas falas a seguir, pode-se perceber que a classificação de risco ainda é vista como uma “triagem”, no sentido de não haver conhecimento científico acerca da queixa e da avaliação do paciente. E sim uma “coleta de informações” a ser passada para o médico posteriormente.

*Uma triagem, só pra uma avaliação pra passar pro médico. (U8)*

*Então eu entendo que é uma triagem ne? (U9)*

Ainda, pode-se perceber a falta de conhecimento acerca do atendimento realizado. Os usuários a seguir apresentam um entendimento falho a respeito da classificação de risco realizada por enfermeiros, o processo é entendido como uma etapa que não tem utilidade no atendimento do paciente na unidade.

*Eu entendo que aquilo dali não vale de nada, está ali só por estar, tem gente que chega aí precisando muito mais de atendimento e passam outros na frente, eu acho que aquilo dali não vale de nada. (U7)*

*Fazer um formulário da pessoa. (U5)*

Assim, entende-se que apesar de alguma parte dos usuários possuírem um conhecimento importante sobre o processo de classificação de risco, ainda existem lacunas no conhecimento por uma parte dos entrevistados acerca da classificação de risco e a sua função no serviço de urgência e emergência. Fator este, que pode levar a insatisfação do usuário com o serviço, ou até indisposição dos mesmos com a equipe por não compreenderem a ordenação do tempo de espera para o atendimento médico.

## **DISCUSSÃO**

Os usuários entrevistados se referiram a UPA como atendimento rápido, que realiza estabilização de pacientes, o que vai ao encontro da Política Nacional de Atenção às Urgências,<sup>14</sup> que regulamenta as UPA 24 horas e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas, não hospitalares.

Frente as falas apresentadas no estudo, acredita-se que um fator determinante na escolha do usuário para ser atendido na UPA 24 horas seja a necessidade de querer

um atendimento médico independente do tempo de espera, apesar de possuírem o conhecimento de que seu quadro clínico não se enquadra neste tipo de atendimento. Esses dados se assemelham com os resultados obtidos em outras pesquisas semelhantes, nas quais os usuários com possibilidades de serem atendidos em serviços de menor complexidade procuram a resolução de seus problemas em serviços de emergência. Fato que pode ser associado com a possibilidade de maior resolutividade em comparação à atenção básica, além de fatores relacionados ao acesso, conveniência e custos para utilização desses serviços.<sup>4,11,15</sup>

Outro fator é de que a atenção primária não consegue dar conta da demanda, com agendas, por muitas vezes, superlotadas, restringindo o atendimento médico dos usuários. Assemelha-se ao resultado obtido em pesquisas realizadas anteriormente em UPAs 24h,<sup>5,11,15</sup> que citam a falha na atenção primária como um dos motivos dos serviços de urgência e emergência estarem sendo cada vez mais procurados. E com isso, conseqüentemente, observa-se uma demanda crescente nestes locais, o que gera superlotação, e assim a precariedade dos serviços.

Além disso, o termo “classificação de risco” foi associado com “triagem” equivocadamente. De acordo com a PNH,<sup>2</sup> na classificação de risco há uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Também é importante destacar que a realização dessa classificação não é uma atividade simples, mas sim que depende de conhecimento científico de enfermeiros e de suas habilidades e competências profissionais, assunto também discutido em um estudo que expõem a necessidade de capacitações não só para profissionais responsáveis por este processo, mas para toda equipe que trabalha em urgência e emergência.<sup>7</sup> O Protocolo de Manchester é uma ferramenta que garante a determinação e agilidade no atendimento, sob a ótica de protocolos preestabelecidos, o que dependerá do grau de necessidade de cada usuário, proporcionando atenção centrada de forma direta ao nível de complexidade dos usuários.<sup>2</sup>

Sendo assim, se faz necessário a capacitação de profissionais quanto o esclarecimento do serviço para os usuários acerca da classificação de risco. O conhecimento reduzido dos usuários sobre o processo de Classificação de Risco pode trazer conseqüências ruins, como conflitos interpessoais entre o paciente e a equipe que atua na Classificação de Risco ou no serviço.<sup>15</sup>

O estudo apresentou limitações quanto ao tamanho de sua amostra, primeiramente pela repetitividade dos dados obtidos e também devido ao fluxo e a demanda da unidade. Em alguns períodos de grande movimento não haviam salas disponíveis para preservar a privacidade dos entrevistados para realizar

a coleta, por outro lado em momentos de menor movimento no serviço, os usuários eram classificados e diretamente encaminhados para a consulta médica, resultando em falta de oportunidade para realizar a entrevista, que deveria ocorrer logo após o processo de classificação de risco.

## CONCLUSÃO

O estudo possibilitou evidenciar que os usuários do serviço possuem um conhecimento importante acerca dos serviços de urgência e emergência. Outro fator importante é que a utilização equivocada desse serviço evidencia a fragilidade em outra esfera de atendimento do sistema de saúde. A demora por atendimento médico na atenção primária em saúde faz com que os usuários se submetam a receber uma classificação que tem o conhecimento do tempo de espera, mas que vão receber o atendimento médico, fator que contribui para a superlotação e falta de recursos humanos e materiais nos serviços de urgência e emergência.

Foi possível perceber que os usuários possuem conhecimento restrito sobre a classificação de risco, visto que a maioria dos entrevistados apresentou dificuldade de compreender o conceito e o objetivo do acolhimento com classificação de risco que é preconizado pela Política Nacional de Humanização. Por vezes esse desconhecimento pode acabar gerando descontentamento do usuário e atrito com a equipe pela demora no atendimento.

O estudo apresenta limitações devido a abordagem qualitativa se tratar da subjetividade da realidade local, não podendo generalizar os resultados encontrados. Para tanto, mostra-se necessário a realização de pesquisas exploratórias com a população de diferentes realidades. Além disso, evidencia-se a necessidade de ações que contemplem a educação permanente e a capacitação de profissionais, principalmente enfermeiros, pois são os responsáveis pelo processo de classificação de risco, afim de que estejam qualificados para realizar a orientação adequada sobre o processo de classificação de risco durante a realização do mesmo. Para assim, serem realizadas ações educativas com os usuários sobre funcionamento e ordenação do atendimento nos serviços de urgência e emergência.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário oficial da União 2011; 28 jun.
2. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
3. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Júnior GV, Chianca TCM. Risk classification: portrait of a population using a Brazilian emergency service. Rev. Enf. Ref. [Internet] 2014; 4(1):37-44. Acesso em: 20 ago 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/R11113108>.

4. Godoi VCG, Ganassin GS, Inoue KC, Gil NLP. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2016; 21(3). Acesso em: 27 dez 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44664>.
5. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Rev Rene.* [Internet] 2014; 15(3). Acesso em: 20 ago 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300009>.
6. Bellucci JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya PS, Vidor RC, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. *Rev enferm UERJ.* [Internet] 2015; 23(1). Acesso em: 20 ago 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4976>.
7. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2018; 52. Acesso em: 27 dez 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>.
8. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MA, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2015; 28(5). Acesso em: 10 fev 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500071>.
9. Mackay-Jones K, Mardsen J, Windle J. *Sistema Manchester de Classificação de Risco*. 2. ed. Belo Horizonte: Folium; 2017.
10. Ministério da Saúde (Brasil). 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. *Diário Oficial da União* 10 jan 2017.
11. Oliveira, JLC; Gatti, A; Barreto, MS; Bellucci, JA; Góes, HLF; Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2017; 26(1). Acesso em: 20 ago 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>.
12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesquisa Qualitativa* [Internet] 2017; 5(7). Acesso em: 20 jul 2018. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.
13. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
15. Moreno, ECSG; santos, FM; marinho, DDT; santos JM; cunha, JO. Acolhimento Com Classificação De Risco Em Um Hospital Da Rede Pública: Percepção Dos Usuários. *Revista saúde e pesquisa.* [Internet] 2018; 11(1). Acesso em: 10 fev 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2018v11n1p89-97>.

Recebido em: 08/03/2019

Revisões requeridas: 29/07/2019

Aprovado em: 02/08/2019

Publicado em: 15/03/2021

**Autora correspondente**

Mariana Pellegrini Cesar

**Endereço:** Rua das Violetas, 56, Patronato

Santa Maria/RS, Brasil

**CEP:** 97.020-720

**E-mail:** marianapcesar@hotmail.com

**Número de telefone:** +55 (55) 99939-5183

**Divulgação: Os autores afirmam  
não ter conflito de interesses.**