

Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 10 (3)

June 2017

Article link

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=307&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



Classificação de risco e a percepção do usuário

Risk classification and user perception

E. Luz, K. V. Pereira, N. T. C. Araujo

Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop

Author for correspondence: neidetarsilauft@gmail.com

Resumo. No Brasil, a política de humanização não se apresenta como um mero conjunto de propostas abstratas, mas uma política que se constrói a partir de possibilidades e experiências concretas que podem ser aprimoradas e multiplicadas. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção do usuário sobre a classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h). É um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do qual participam usuários do sistema único de saúde (SUS) que utilizavam o serviço. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2015, como instrumento para coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturados elaborado pelos pesquisadores, contendo dez questões com perguntas abertas, com informações a respeito da classificação de risco. Para análise dos dados, por se tratar de dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo. Foi possível identificar a percepção dos usuários a respeito da classificação de risco no serviço de atendimento da UPA 24h, em que os usuários não conseguiram distinguir que os serviços na UPA são apenas atendimentos de urgência e emergência e ainda, não conseguiram definir com precisão os objetivos para os quais foi implantada a classificação de risco. Ainda, o estudo trouxe à tona a necessidade de criar estratégias que visem à educação em saúde, a fim de que haja mais esclarecimentos sobre a dinâmica da classificação de risco e assim, gere mais satisfação e aceitação por parte dos usuários.

Palavras-chave: PNH. Classificação de Risco. Usuário. Urgência. Emergência.

Abstract. In Brazil, the humanization policy is not presented as a mere set of abstract proposals but a policy that is built from concrete possibilities and experiences that can be improved and multiplied. This research aimed to evaluate the perception of the user to the risk rating in Emergency Unit 24 (UEC) 24hours. It is a descriptive study of qualitative approach, with the participation of users of Unified Health System (UHS) that used the service. Data collection took place between February and March 2015, as an instrument for data collection we used a semi-structured questionnaire developed by the researchers, containing ten questions with open-ended questions, with information on the risk classification. For data analysis, because it is qualitative data were subjected to content analysis. It was possible to identify the perception of users about the risk rating in the UEC 24hours customer service, in which users could not distinguish the services in UEC are just urgent care and emergency and also failed to accurately define the objectives for which it was implemented risk rating. Still, the study brought to light the need to develop strategies aimed at health education in order to have more explanations on the dynamics of risk classification and thus generate more satisfaction and acceptance by users.

Keywords: NHP. Risk Rating. User. Urgency. Emergency.

Introdução

Aos processos de gerir e cuidar impõe-se uma dinâmica de contínuos desafios, mudanças e ampliações de outros processos que ofereçam qualidade e eficiência nos serviços de saúde. As dimensões com as quais estamos comprometidos exigem de nós esforços extras, que por vezes ainda nos geram sofrimento pela falta de suporte e recursos defasados. Porém, é neste contexto de

deficiências que o Ministério da Saúde (MS), através da Política Nacional de Humanização (PNH), vem ao encontro propondo mudanças e apresentando um protocolo que irá auxiliar nas necessidades imediatas de uma superlotação da população em busca de atendimento em saúde (BRASIL, 2010). A PNH não é um mero conjunto de propostas abstratas que espera-se tornar concreto. Ao contrário, parte-se do Sistema Único de Saúde

(SUS) que dá certo. Logo, o Humaniza SUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas (BRASIL, 2009).

Neste sentido, um dos objetivos da PNH foi reestruturar os serviços de emergência, implantando o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (ACCR), que associa o grau de sofrimento, o potencial de risco de vida e agravo à saúde para priorizar o atendimento (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

A classificação de risco, por sua natureza, propõe a organizar a fila de espera no atendimento para que este não ocorra apenas pela ordem de chegada. Busca ainda, garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, informar o paciente que não corre risco imediato e aos seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe, oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2010). Podemos então dizer que, a classificação de risco foi criada para reorganizar o atendimento prestado e encaminhar corretamente os usuários diminuindo o tempo de espera e aumentando a segurança de atuação dos profissionais.

Para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) existem diferentes protocolos que foram idealizados, validados e implantados no contexto internacional e que são estruturados em níveis de classificação, segundo cores predefinidas e que determinam a gravidade dos casos através de uma escala de priorização (VITURI, 2013).

O MS incorre em sua cartilha sobre o ACCR, que o protocolo deve ser apropriado por toda equipe que atua na urgência, a saber: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, funcionários e administrativos, e estes devem explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser indicado uma vez que o risco é classificado. É muito importante que a organização do atendimento na urgência seja divulgada com clareza aos usuários. Recomenda-se que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e que adote o uso preferencial de cores e não de números para a classificação, do mais grave ao menos grave: vermelho-emergência; amarelo-urgência; verde-menor urgência e azul-não urgência. Para cada categoria respectivamente, existe um tempo, em minutos, para que o atendimento aconteça (BRASIL, 2010).

A classificação de risco não determina diagnósticos médicos, mas sim uma avaliação da gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Entretanto, oferece ao enfermeiro a oportunidade de identificar características definidoras, fatores relacionados e risco que possibilitam a formulação de diagnósticos de

enfermagem prioritários e que necessitam de intervenção rápida para a manutenção da vida (SOUZA, *et al.* 2013).

A enfermagem, por se tratar de um serviço marcado pela dor, lágrimas e desconforto do usuário deve ser criteriosa no seguimento dos protocolos sugeridos. Estes são instrumentos que sistematizam a avaliação feita pela enfermagem, fazem parte de uma proposta de trabalho em que alternativas foram criadas em cada setor de serviço para uma assistência e responsabilidade de modo a efetivar a competência para que o trabalho seja respeitado de acordo com o grau de necessidade ou sofrimento apresentado pelo indivíduo (DINIZ, *et al.*, 2014).

Segundo Pinto *et al.* (2012), atualmente os protocolos mais utilizados para a classificação de risco, nos serviços de urgência/emergência, em nível mundial, são: Australian Triage Scale (ATS); Canadian Triage Acuity Scale (CTAS); Emergency Severity Index (ESI); Manchester Triage System (MTS).

Os protocolos visam aprimorar as decisões dos profissionais de saúde na priorização do atendimento dos usuários nos serviços de urgência e emergência, no Brasil um dos mais amplamente utilizados é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), do Reino Unido, que estabelece uma classificação de risco em cinco categorias, representadas por cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul (GUEDES A. *et al.*, 2013). Desta forma, o protocolo de classificação de risco, embora não suficiente é uma ferramenta útil e necessária, que não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de suas queixas para avaliação de seu potencial de agravamento na saúde. Embora tenham sido desenvolvidos diversos protocolos, todos eles, compreendem, em primeiro lugar não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata, baseada na avaliação primária do verdadeiro estado do paciente (BRASIL, 2010).

De acordo com o MS, todos os profissionais podem atuar no ACCR, no entanto, quando se trata de “porta de entrada”, deve-se contar com profissionais de nível superior, preparados para a abordagem de primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde local (BRASIL, 2010).

A identificação da queixa principal do usuário é detectada pelo profissional enfermeiro, que reúne as condições necessárias, as quais se incluem linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e classificação do risco. A este profissional se atribui o encargo de encontrar um discriminador apresentado através da história clínica do usuário para que, em seguida seja classificado e direcionado (ACOSTA *et al.* 2012). É atividade

privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 1993).

A avaliação técnica das condições do usuário é desenvolvida pelo enfermeiro, no momento da consulta de enfermagem. Por meio desta, o enfermeiro procura identificar sintomas, faz uma avaliação precisa e concisa sobre o estado de saúde do usuário e decide a conduta mais adequada (AZEVEDO & BARBOSA, 2007).

Os procedimentos realizados na Classificação de Risco se configuram, portanto, o cumprimento e efetivação das políticas de humanização nas práticas de produção de saúde, um desafio a ser trabalhado no processo coletivo e com valorização dos sujeitos que o vivenciam.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cuja essência implica em ouvir o que os indivíduos têm a dizer, investigando suas ideias e sugestões sobre determinado assunto. Busca o sentido das experiências dos relatos dos sujeitos. Não é medível, mas é descritiva. Descreve as experiências e ideias dos indivíduos pesquisados (MINAYO, 2010).

O estudo teve por objetivo principal conhecer a percepção do usuário em relação à classificação de risco ao procurar por atendimento médico na unidade de urgência e emergência.

Realizada no período de fevereiro a março de 2015, utilizou-se do método descritivo, de abordagem qualitativa, que descrevem os sentimentos e a percepção que o mesmo pode ter sobre a classificação de risco.

Este estudo descritivo que, por incorporar entrevistas com pessoas na UPA 24h, iniciou-se somente após a autorização da instituição em que foi realizada a pesquisa, e após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, seguindo a resolução 466/12. Foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Julio Müller – HUJM e sua aprovação recebeu o número 907.339, CEP – HUJM/2014 (Anexo).

O estudo foi realizado na UPA 24h no município de Sinop/MT, com 33 pessoas de ambos os sexos, usuários do sistema único de saúde (SUS).

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: idade igual ou superior a 18 anos, os que não estavam correndo risco iminente de morte e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguindo a declaração de Helsinki (Apêndice I). Os critérios de exclusão foram a não adequação aos critérios de inclusão mencionados.

A coleta de dados deu-se através de entrevista individual realizada com auxílio de um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, contendo 10 questões com perguntas abertas com informações referentes à classificação de risco sobre a percepção do usuário (Apêndice II).

A abordagem foi individual, na sala de espera. Assim, após passarem pela classificação de risco, estes eram convidados a participarem da pesquisa.

Os enfermeiros de plantão, gentilmente nos cedeu uma sala climatizada com mesa e cadeira para garantir conforto e privacidade dos entrevistados. Após apresentação prévia do pesquisador e do objetivo da pesquisa, os futuros entrevistados que aceitavam a participar eram conduzidos para esta sala reservada, onde assinavam o TCLE e se autorizado às entrevistas eram gravadas.

Optou-se pela gravação com intuito de abstrair um maior número de detalhes e também, facilitar na transcrição e manter as respostas mais fidedignas.

A entrevista foi realizada em dias e horários diversificados, em diferentes turnos como no período matutino, vespertino e noturno, para que um maior número de usuários pudesse participar e também para um melhor aproveitamento do fluxo de atendimento.

Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, que trata-se de uma pré-análise com elaboração de um perfil, após é realizada uma investigação exaustiva do material através de análise, tratamento e interpretação dos resultados obtidos (MINAYO, 2010).

Para garantir o anonimato das pessoas entrevistadas, considerando os aspectos éticos que envolvem a realização de estudos com seres humanos, optou-se por identificar os sujeitos através de pseudônimos. Assim, foram identificados pela letra R que significa respondente, seguida por número que corresponde o número da entrevista.

Resultados e discussão

Por meio das entrevistas, esta seção pretende dar visibilidade da percepção que os usuários atribuem a classificação de risco, no sentido de convidar a novas reflexões para as possibilidades de atendimento frente às exigências postas pela Política Nacional de Atendimento.

Através das questões norteadoras utilizadas ao longo do estudo, os dados serão apresentados por meio de categorias.

A caracterização sócio-demográfica é demonstrada na tabela 1, com seus respectivos resultados e percentuais.

Pode-se observar que, na faixa etária entre 21 a 40 anos, há um maior número de pessoas que procuram o atendimento no serviço de urgência e emergência. As características que se ressaltam e se relacionam às condições de atividade laboral,

presentes na faixa etária de maior produção e por isso mesmo estariam mais expostas a adquirir ou ocorrer algum problema de saúde. Ainda, as pessoas com menor grau de instrução, no caso em questão, pessoas com apenas o ensino fundamental incompleto têm buscado no setor de emergência atendimento para suas necessidades de saúde. Foi possível identificar que há pouca compreensão sobre como e onde procurar atendimento, e isto não estava apenas relacionada à baixa escolaridade, mas também à falta de orientações e/ou deficiência na educação em saúde. Trata-se de uma população que caracteristicamente tende a procurar mais os serviços de saúde nos serviços de pronto atendimento e que se encontra na faixa etária produtiva e com baixa escolaridade.

Assim, é válido lembrar o que dizem Nunes *et al* (2013) que, a prática da educação em saúde com a participação ativa da comunidade facilita a transmissão de informação em saúde e contribui para atitudes essenciais de melhoramento na vida das pessoas. No caso em questão, a diminuição da superlotação da porta de entrada da UPA 24H.

Tabela 1- Caracterização sócio-demográfica dos usuários do serviço de emergência na UPA 24h em Sinop-MT, 2015. (Nº= 33)

Parâmetro	amostra	%
Sexo		
Feminino	21	63,6
Masculino	12	36,3
Idade (em anos)		
18-20	02	6,06
21-30	12	36,3
31-40	13	39,3
41-50	01	3,03
51-60	03	9,09
61-70	01	3,03
71-80	-	-
81-90	01	3,03
Escolaridade		
Analfabeto/ Alfabetizado	-	Nenhum
Ens. fund. Completo	-	Nenhum
Ens. Fund. Incompleto	14	42,4
Ens. Médio Completo	09	27,2
Ens. Médio Incompleto	01	3,03
Ens. Superior Completo	01	3,03
Ens. Superior Incompleto	08	24,2

Fonte: dados do autor.

Estes dados vem ao encontro o que dizem Oliveira *et al*, (2011 apud DINIZ *et al*, 2014) e Guedes *et al*, (2014), em que os usuários preferem buscar atendimento nas UPA 24h por saberem que em grande parte os problemas de saúde serão resolvidos. No entanto, boa parte dos atendimentos poderia ser resolvida em uma UBS.

Conforme a disponibilidade dos serviços de saúde do município e a demanda populacional

atendida na unidade, sendo aproximadamente de 151 a 300 pacientes durante as 24hs, conforme informado pelo Secretário da Saúde, no Jornal "Só Notícias", 2012, pode-se caracterizar o crescente fluxo dos usuários no serviço de urgência e emergência, bem como a rotatividade que se refere aos encaminhamentos a outros serviços que fazem parte da atenção à saúde como um todo.

Durante as entrevistas, percebe-se que as pessoas procuram atendimento quando necessitam, ou às vezes, estão apenas "acompanhando" algum parente.

Dos entrevistados, 14 deles, ao estarem na posição de acompanhante referem ainda dados importantes sobre a pessoa acompanhada, lembrando que, o mesmo costuma frequentar a UBS por algum motivo de debilidade na saúde ou pela existência de patologias crônicas como a hipertensão e diabetes. Os outros entrevistados, no total de 19 pessoas referem estar sentindo mal estar geral súbito e que foram até Unidade por esta atender durante as 24 horas do dia. Não apenas estes, mas citam os motivos relacionados às UBS's, a saber: falta de médicos, agendamentos prolongados, poucas senhas distribuídas diariamente, ter que ir muito cedo para conseguir senha. Esses e outros eventuais argumentos são citados pelos usuários na tentativa de justificar a procura pelo atendimento em unidade de urgência e emergência.

Como refere Acosta (2012), o enfermeiro precisa ter conhecimentos múltiplos, para que tenha condições de estabelecer uma prioridade de atendimento adequada.

Tabela 2- Frequência de utilização dos serviços de saúde na UPA 24h de Sinop- MT, 2015 (Nº= 33).

Compareceu na Unidade	Nº	(%)
Pela 1ª vez	03	09
Pela 2ª vez	06	18
Pela 3ª vez	02	06
Pela 4ª vez	06	18
Quase nunca ou Muito poucas vezes	16	48,4

Fonte: dados do autor.

Relacionado à frequência, há uma acentuada dificuldade de aceitação quanto ao procedimento de se submeter à classificação.

A relação entre as pessoas que dizem que quase nunca ou poucas vezes utilizam os serviços na UPA 24h, em relação às demais variações de frequentar pela terceira e/ou quarta vez, o percentual de diferença é grande, porém há um grande fluxo de pessoas para serem atendidas. E este grande fluxo continua sendo a causa de superlotação local. Em especial, o tempo de espera é um fator que gera grande insatisfação na utilização dos serviços em saúde UPA 24h, por esse motivo o atendimento nem sempre acontece com calma e ritmo tranquilo.

Na maioria das vezes, a superlotação da unidade ultrapassa os limites de tempo dispendido

pelo usuário, e o resultado quase sempre é o tumulto e estresse para quem aguarda e para quem presta o atendimento.

Segundo Oliveiras (2012), atualmente o número de profissionais para prestação de um atendimento adequado é insuficiente frente à alta demanda, que acaba por desorganizar o fluxo de funcionamento dos serviços, o que resulta em dificuldade de acolher, de criar vínculo e favorecer a comunicação entre os atores.

O MS através da política do HumanizaSUS, apresenta o ACCR como uma nova forma de abordagem aos usuários, nas portas de entrada para os serviços em urgência e emergência (GOYANNA, 2014). Lembra Nonnenmacher (2012) que diferentemente do que se considera em outros países, no Brasil, o termo classificação de risco é vinculado ao acolhimento que se diferencia do termo triagem dos usuários. Como uma proposta para reorganizar e humanizar o atendimento, entre outros objetivos, o ACCR prioriza o atendimento de acordo com a gravidade da necessidade apresentada pelo usuário (DINIZ *et al*, 2014).

Quando questionados sobre o entendimento por classificação de risco, estes a definiram como:

Está selecionando os que estão mais graves (R7).

Atendimento de prioridade, de acordo com a situação do paciente (R32).

A classificação de risco é onde se tem o primeiro contato com o paciente para ver realmente o seu estado, avaliar os sinais vitais: pressão arterial, temperatura (R23).

A abordagem da pesquisa revelou que o conhecimento que o usuário possui sobre a Classificação de Risco (CR), muitas vezes tem se distanciado do real significado. Outros, acertadamente arriscaram uma definição, após breve explicação do entrevistador sobre de quê se trata a CR:

[...] Cuidado inicial quando se chega à unidade de urgência e emergência (R5).

Vai ser avaliada no usuário a gravidade daquilo que ele está sentindo (R6).

É um serviço de triagem que determina um pre diagnóstico antes de passar pelo médico (R26).

Uma pré consulta que verifica os sinais vitais do paciente, um atendimento inicial (R28).

Onde determina prioridade no atendimento (R30).

É através do ACCR que acontece o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e pelo bom atendimento recebido o define como de qualidade. Nessa etapa o usuário pode encontrar-se com medo, dor, sofrimento, angústia, ansiedade dentre outros sintomas, após esse primeiro contato o sofrimento pode se tornar minimizado e poderá

então se tornar um momento oportuno para esclarecimento de dúvidas relacionadas ao funcionamento da unidade, sobre as redes de atenção, construir relacionamentos e dar orientações gerais ao cliente/ usuário.

Nos recortes dos discursos dos usuários, percebe-se considerações variadas que se manifestam na tentativa de definir o atendimento inicial em Unidade de emergência, à saber:

[...] É feita para saber se o paciente está apresentando algo de emergente ou veio só para se consultar. Também para se obter uma ordem no serviço e organização (R14).

Souza *et al*, (2011) ressaltam que na visão do usuário pode haver diferença entre urgência e emergência. Embora ele não saiba diferenciar corretamente e geralmente se fazem confusão e não sabem distinguir entre os dois termos e dar um significado real.

Na avaliação dos riscos e vulnerabilidades é necessário atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico, pois pode ocorrer que uma pessoa chegue andando, aparentemente bem, porém muito angustiado e a necessidade pode ser maior quanto ao atendimento e grau de risco aumentado estando, portanto a caminho de se tornar grave (BRASIL, 2010 p. 23 e COSTA, 2013).

Entendo como uma pré- consulta antes de passar pelo médico. Verificam- se os Sinais Vitais como a temperatura e a pressão arterial (R21).

Para ver se a pessoa precisa mais ou precisa menos do atendimento médico (R22).

É possível perceber através das entrevistas, a falta de informação quanto à função e o funcionamento da classificação de risco por parte dos indivíduos que apresentam, por vezes, uma avaliação indefinida, ora se refere à avaliação dos sinais vitais, ora uma pré-consulta e entre outras colocações.

A CR é realizada por um profissional da saúde de nível superior onde toda equipe multidisciplinar estabelece, em conjunto a avaliação da gravidade ou risco potencial do caso, o que não se configura um diagnóstico prévio ou exclusão de pessoas (BRASIL, 2010 p.43).

O método classificatório na acolhida do usuário confere liberdade e autonomia aos profissionais que trabalham diretamente na classificação para que possam tomar iniciativas e decisões.

Em estudo sobre a opinião dos enfermeiros em relação a essa atividade, Acosta (2012 p. 188), identificou que as maiorias desses profissionais relataram “estar satisfeitos com seu trabalho na triagem/classificação de risco”.

Em geral, o usuário sabe que deve passar por uma classificação, antes de chegar ao

consultório médico. Pois, quando questionados sobre ser classificados antes de passar pelo atendimento médico respondem:

Acho que deve existir uma classificação, porque a recepção não tem treinamento para saber se uma pessoa está grave ou menos grave, a menos que a recepcionista fosse um profissional da saúde (R3).

Acho bom, porque organiza, também verifica a veracidade dos fatos do paciente relacionado aos seus sinais vitais, pressão e temperatura (R6).

Todavia, algumas pessoas demonstraram insegurança ao sistema classificatório, relativo às mudanças do estado clínico do usuário que aguarda, podendo ser observado nas falas:

Pode ser que ajuda ou às vezes atrapalha. Porque pode ocorrer engano quanto ao verdadeiro estado da pessoa, por exemplo, os barraqueiros (R9).

Não gosto desse método porque às vezes as pessoas estão passando mal e não é atendida logo (R22).

Atualmente o número de profissionais para prestar um atendimento é inadequado, normalmente possui suas falhas nos sistemas operacionais por conta da alta demanda que desorganiza a estrutura de funcionamento de serviços dificultando a acolhida, o vínculo e a comunicação entre os níveis da atenção (OLIVEIRAS, 2012 p.24).

Referente ao tempo de espera, conforme a pesquisa foi constatada que no momento da classificação, para a maioria dos casos não são oferecidos esclarecimentos quanto à determinação das cores e como consequência não é mencionado o tempo de espera. Os usuários expressam sentimentos de descontentamento e insatisfação ao ponto de demonstrar ansiedade e insegurança acentuadas. Isto ficou evidente através das falas que se seguem:

No momento me sinto ansioso, porque não sei quando vou ser atendido, não recebi nenhum esclarecimento (R24).

Gera ansiedade, fica inseguro porque não sabe o tempo que vai esperar (R30).

É um sentimento que hoje o ser humano não vale mais nada! Se falar pra gente a cor, eu vejo lá no painel, já sei que se vai levar 15 minutos ou que passe duas horas, três horas, eu vou me acalmar! O que mata a gente, é que nada é esclarecido e você fica naquela ansiedade. Você vai lá fazer uma pergunta, alguém lhe responde mal “espera mais um pouquinho”! E às vezes gera confusão e conflitos. Então, em todas as situações, a falta de informação deixa a desejar e eu

continuo batendo na mesma tecla. A falta de informação deixa a pessoa mais irritada (R18).

Através das falas apresentadas por estes usuários percebem-se sentimentos de insatisfação, impaciência e indignação pela falta de informação, necessária não apenas quanto ao tempo de espera, mas também em relação ao fluxo de atendimento.

A expressão de que “... hoje o ser humano não vale mais nada”, deixa explícita a frustração de que o usuário é acometido.

Ainda se ressaltam estados de nervosismo e também de concordância com a CR, visto que é algo necessário diante daqueles que estão passando mal. Estes sentimentos se evidenciam por meio das falas:

Dá um pouco de nervoso, mas tem que ter paciência! Brigar não adianta (R27).

Acho enrolado porque não é explicado! Manda sentar e esperar, e passa outros na frente, e vai que um está melhor que os outros (R20).

É ruim ficar esperando, principalmente quando passa o tempo proposto pela classificação (R7).

Às vezes é ruim, porque se chega passando muito mal e tem que esperar. Fazer o quê se é por ordem de chegada! Onde moro, muita gente nem espera, vai embora (R14).

Concordo com o fato de que, se está passando mal, tem que ter prioridade (R10).

Brasil (2013) infere que nos processos do atendimento de urgência e emergência deve haver a humanização e escuta qualificada no ACCR, responsável pela assistência e atendimento na chegada do usuário.

Ao realizar a CR, a queixa principal do usuário ou motivo que o levou a procurar os serviços de emergência, devem ser investigada para que se possa ser detectado o grau de risco a ser atribuído ao paciente (DINIZ *et al*, 2014). E se não houver humanização e escuta qualificada inviabiliza todo o processo da CR.

Assim, o profissional enfermeiro precisa estabelecer um diálogo, de forma clara e concisa, a fim de atender as necessidades de saúde do usuário (ACOSTA, *et al* 2012).

Em uma Unidade crítica de saúde, as atuações dos profissionais necessitam de clareza, agilidade, habilidade, capacidade de avaliar as prioridades e intervir de maneira segura e com interação entre si (BAGGIO, 2008 *apud* GUEDES *et al*, 2013).

Em geral, os usuários, ao chegarem ao estabelecimento de urgência já têm a sua concepção formada a respeito do ambiente e finalidades do mesmo. Porém, o que mais importa para eles é obter o atendimento.

Não importa quanto tempo vou ter que esperar, para mim o importante é ser atendido! (R14).

Me sinto confortável, sinto segurança, porque se uma pessoa não está muito bem, vai ser atendida rapidamente, como foi no caso da minha mãe, assim! (R15).

Fico mais tranquilo porque sei o tempo que vou esperar! (R28).

Através das entrevistas, alguns sentimentos ficam nítidos diante das falas, ora de satisfação com o serviço, ora sentimentos de pura insatisfação.

Do total de 33 pessoas entrevistadas, 42,42% manifestaram satisfação em relação ao tempo de espera e adesão a implantação da CR. Todavia, 57,5% mostraram-se insatisfeitas e por vezes impacientes, indignadas, inseguras, revoltadas e intolerantes. Estes sentimentos intoleráveis resultam por vezes em reações inesperadas e indesejadas. Fazendo-se necessário que o profissional classificador tenha habilidade de comunicação para atuar junto às pessoas neste momento de vulnerabilidade. Por isso é importante enfatizar a educação em saúde, com informações e esclarecimentos adequados referentes à classificação das cores e respectivo tempo de espera (ACOSTA *et al* 2012).

Quando inquiridos quanto ao tempo de espera e reavaliação antes de entrar no consultório médico, alguns responderam:

Aciono a triagem (classificação). E aí é onde vem aquela informação: eu não posso fazer nada, o senhor já passou aqui, tem que aguardar (R18).

[...] na maioria das vezes somos ignorados, temos uma atenção melhor em caso de pressão arterial (R32).

Vou embora, reavaliar não vai resolver o meu problema (R31).

Voltaria na sala da classificação. Muitas vezes nem sendo solicitado não é avaliado [...]. (R12).

A indignação é um sentimento do qual, muitos usuários lançam mão ao ponto de, muitas vezes, se tornarem agressivos com o profissional enfermeiro que realiza a classificação.

Para Goyanna (2014) a falta de comunicação pode se tornar um problema na geração de saúde, e neste estudo foi possível constatar está fragilidade na comunicação com os usuários, o que por vezes refletiu em estresse.

Ainda a autora supracitada, salienta em sua pesquisa, que a figura do profissional do ACCR sempre será encarada com insatisfação. Então, cabe ao profissional ter segurança nos protocolos e fluxos que direcionam a classificação, com o intuito de evitar erros, questionamentos inconvenientes e desenvolver com maturidade e compreensão cada situação.

Em geral, o usuário acredita que há necessidade de um pré-atendimento, o que facilita o serviço médico prestado à população. Isto é expresso através das palavras dos participantes da pesquisa:

[...] para não ficar tumultuado e também mais organizado! (R2).

Sim, acho que há necessidade porque dá prioridade para saber se a pessoa corre risco de vida ou não (R8).

Sim, há necessidade porque esclarece sobre o atendimento e o tempo de espera (R9).

Anteriormente à instituição do dispositivo de classificação de risco, o atendimento nas portas de entrada era direcionado por funcionários administrativos, serviço de recepção, que se baseava na ordem de chegada do usuário. Com a implantação da CR, há a inserção da participação de outros profissionais além do médico o que muda o critério de atendimento, onde se baseia na avaliação do potencial de risco apresentado pelo paciente, o que vem contribuir para a melhora do atendimento de um modo geral (NONNENMACHER, 2012).

Para Duro (2010) a assistência médica e da enfermagem, aos pacientes serão classificados conforme os níveis de emergência: os casos emergentes que necessitam de cuidados imediatos são classificados na cor vermelha, em seguida, os casos considerados urgentes que deverão receber atendimento médico o mais rápido possível cor amarela. Os casos classificados na cor verde poderão esperar até 30 minutos, e os casos considerados não urgentes classificados na cor azul, serão atendidos de acordo com a ordem de chegada ou encaminhados a outro serviço na rede de atenção em saúde. Todavia, no lócus desta pesquisa, os tempos de espera divergem do proposto por Duro (2010), no entanto, está de acordo com o Protocolo de Manchester.

Brasil (2010) infere sobre a importância da organização no atendimento de urgência que se dá através do ACCR e recomenda ampla divulgação aos usuários.

A classificação de risco é um serviço, aonde as pessoas vêm porque está precisando, onde as pessoas não têm por onde correr, então o jeito é enfrentar a classificação de risco. É uma avaliação inicial que muitas vezes fica a desejar. Já fui muito bem atendido e, às vezes muito mal atendido. Entendo que seja uma avaliação melhor (R18).

A fala deste usuário dá a ideia de que quando necessita de serviço médico não dispõe de opções de atendimento. Em seu entendimento, o serviço poderia ser melhor, uma vez que, há

momentos em que foi muito bem atendido e em outros o serviço ficou a desejar.

Corroborando o pensamento de Guedes *et al.*, (2013) quanto às ações do profissional de enfermagem, o cuidado precisa transpor o biológico. Há necessidade de valorização da subjetividade do ser humano e ainda, ser eficientes e eficazes.

Miranda (2010) em sua pesquisa observa que, para os usuários terem acesso a um determinado serviço de saúde, os serviços devem ser capazes de atender às necessidades diante dos problemas que são apresentados por todos.

Assim, o instrumento da classificação de risco tem como objetivo minimizar os agravos à saúde, otimizar o fluxo do atendimento nas unidades de emergência e fornecer melhores respostas às necessidades dos usuários.

A responsabilidade do profissional relacionada à CR tem relevante importância, na forma da organização e na abordagem ao paciente. Deve estabelecer elo de confiança e respeito mútuo. Por isso ao realizar a classificação do usuário, é importante que o profissional esteja munido de conhecimentos ético e científico, para abordar as necessidades do indivíduo de modo que, proporcione segurança e atenda aos anseios dos que buscam atendimento.

No que diz respeito às orientações realizadas pelo profissional enfermeiro no momento classificatório, responderam:

Muitas vezes não é explicada. Ele só chega (o paciente) é feita a triagem e depois fica aguardando um bom tempo sem ninguém ali, sem entender o porquê de tanta demora! Aí, até você ver que tem um painel ali, olha e começa a entender o motivo de tanta demora, mas quem não sabe ler, fica sem entender nada. Eu acho que na hora que ele preenche a ficha ali já tem que dizer: olha seu Fulano, a sua classificação vai ficar na azul, verde ou amarelo, não... Ele preenche lá, marca a cor e não fala nada pra gente! Ele senta lá e muitas vezes, a gente fica esperando até tarde e não vai (para a consulta). Demora uma hora, duas horas, três horas que eu já cheguei a esperar por três horas aqui dentro e em outras vezes, fiquei menos de uma hora. Então, acho que deveria ser explicado para diminuir a ansiedade, para saber se vou logo ser atendido ou não (R18).

Não. Se eu não questionasse. Acho demorado nas cores verdes e azuis, acho que poderia ser um atendimento mais rápido (R25).

Só explica quando pergunta. (R2).

Não explica. Se fosse justo ajudaria, se realizado de maneira correta seria muito bom (R30).

Nestes comentários os participantes referem falta de informação e anseio por orientações. Talvez

a falta de informação gere dificuldade de aceitação da classificação e insatisfação com o serviço.

Nonnenmacher (2012) ao pesquisar um determinado local, refere que o ACCR é uma proposta tecnológica importante, no entanto, ainda encontra dificuldade na efetivação dos objetivos por falta de articulação entre atores envolvidos. Assim como nesta pesquisa, a falta de interação tem proporcionado desgastes desnecessários aos usuários. Ao mesmo tempo em que muitos classificam o serviço como bom, outros embarram na falta de orientações e o classificam como insatisfatório.

Ainda, R26 afirma “Sim, é explicada. Acho que colabora e agiliza o trabalho, tanto do paciente quanto do médico”, está fala reforça a importância profissional em orientar o usuário. Pois dá mais segurança e aceitação por parte do indivíduo que espera por atendimento.

A criação de vínculo entre profissional e usuário é um instrumento defendido pelo SUS, para promover a humanização, com vistas a aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Na ACCR o enfermeiro tem através de conhecimentos técnicos e científicos, a oportunidade de envolver o usuário em ações educativas que o ajudem a ter uma percepção mais ampla sobre o atendimento prioritário em unidade de urgência e emergência.

A ordem disciplinar da equipe é essencialmente importante no envolvimento do usuário e do profissional. Ao ouvir suas queixas, o profissional precisa estar munido de capacidade diferenciada.

Quando interrogados sobre o preparo do profissional enfermeiro referem pressupostos de formação na base.

Depende, porque alguns estão preparados, outros não conseguem identificar o problema na hora (R12).

Sim, porque ele se capacita para aquilo. A pessoa que se propõe a fazer determinado serviço tem que estar muito preparada (R6).

Creio que sim, a sua formação deve habilitar para desenvolver bem essa função (R26).

Sim, cada um tem a sua função e deve estar preparado para exercê-la (R33).

Para Guedes *et al.* (2013) é essencial o entendimento, tanto por profissional como por parte dos usuários, mais que a realização de procedimentos e técnicas, a qualidade do cuidado baseia-se nas relações que são desenvolvidas e fortalecidas, entre os sujeitos que são verdadeiros parceiros na busca da promoção da saúde.

A partir das falas, os usuários referem-se à capacitação do profissional como algo inerente a formação, ainda cobram o preparo inerente à categoria da saúde, bem como para a CR.

Oliveiras (2012) em um estudo comparativo das representações sociais, se refere à importância da capacitação dos profissionais. Relata que esta atividade é uma ferramenta importante para se obter progresso na compreensão dos processos do acolhimento e do atendimento dos usuários em uma unidade de urgência e emergência. Ressalta ainda que, a comunicação deve prevalecer para uma contribuição significativa (OLIVEIRAS, 2012).

A forma de classificação nos serviços de emergência deve ser organizada não apenas nas áreas físicas, material e equipamentos sofisticados, mas, sobretudo com profissionais qualificados e abundantemente treinados.

O usuário exige competência e preparo do profissional avaliador, e por vezes chega até subestimar as ações do classificador. Isto pode ser evidenciado através da fala "Acho que sim, caso ele erre o médico pode responder (R8)".

Assim, ele admite que o enfermeiro seja capaz de classificá-lo, porém sabe que seu atendimento não se limita àquela classificação.

Ainda, é feita menção ao preparo psicológico ao enfermeiro classificador, como pode ser visto nesta fala:

É difícil responder essa pergunta, porque tem muitas pessoas que não estão preparadas e outras inexperientes ainda. Não vou dizer aqui ou outro lugar, mas sei que tem muitos casos assim. A pessoa pode estar preparada no bico da caneta, na tecla do computador talvez, mas mentalmente, para atender não (R18).

Deste modo tem dificuldade em responder a questão, pois acredita que o preparo transcende o preparo formal. Mesmo sem saber em totalidade as atribuições do enfermeiro, ele expõe um ideia condizente a função do classificador. Pois, Souza *et al* (2011) dizem que o enfermeiro que atua na classificação de risco, é imprescindível a habilidade da escuta qualificada, da avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, do trabalhar em equipe, do raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões, e o conhecimento sobre os sistemas de apoio na rede assistencial para fazer o encaminhamento responsável do paciente, quando houver necessidade.

Outro usuário questiona a falta de preocupação no desenvolvimento das atividades com atenção.

Analisando o que eu acabei de fazer ali, ainda não está em 100% preparado, porque não passou todas as informações. Por exemplo, para colocar o termômetro ele mandou eu colocar. Então, se é um profissional atencioso... Porque eu não tenho as maneiras certas de colocar, por exemplo, eu estou com febre e coloco de maneira errada (R24).

A falta de postura na abordagem profissional imposta ao usuário gera descontentamento com o serviço e por vezes perda da credibilidade.

Segundo Nonnenmacher (2012), para existir uma postura de confiança e satisfação entre usuário e profissional devem acontecer alterações disciplinares no ambiente, e isto inclui as mudanças organizacionais de posturas éticas.

A capacitação e a reflexão contínua devem ser buscadas de forma a aprimorar e a incentivar a padronização e condutas dos profissionais enfermeiros e possíveis planejamentos de ações que visem ao aumento da satisfação dos trabalhadores de saúde e do usuário (BRASIL, 2010).

A CR possui competências estruturantes para o seu desempenho, como a escuta do usuário e vontade de querer ajudá-lo. Destarte, quanto questionados sobre a confiança na classificação do enfermeiro, relatam:

A gente tem que confiar, porque a pessoa que está lá tem que estar preparada (R9).

Confio, porque acho que tem que estar preparado. Confio no preparo do profissional (R11).

Confio na palavra do enfermeiro, mas não depende só dele pra que esse tempo seja cumprido, depende do médico, e também da equipe toda. Porque se o médico for chamado para uma emergência, ele vai ter que ir e eu vou ter que esperar um pouco mais (R23).

Nem sempre confio, às vezes nem no médico eu acredito (R24).

A classificação de risco requer do enfermeiro julgamento clínico rápido e habilidades como conhecimento dos protocolos vigentes utilizados.

A compreensão sobre classificação de risco é fundamental entre profissionais e usuários, uma vez que não bastam o aperfeiçoamento técnico e a realização de procedimentos, mas a oferta de um serviço de qualidade envolvendo a organização de cuidados, o respeito entre os envolvidos e humanização na busca de promoção da saúde (GUEDES *et al*, 2013). O enfermeiro se insere neste contexto porque é o profissional indicado pelo MS para o devido andamento do processo de classificação. E continuamente necessita receber treinamento específico e utilizar protocolos pré-estabelecidos, com o objetivo de classificar por prioridade clínica e não pela ordem de chegada, reorganizando o fluxo e estabelecendo o atendimento humanizado (BRASIL, 2002 e LOPES, 2011).

A classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujo tempo de espera após a classificação

é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo (Brasil, 2010).

Muitos pacientes acabam solicitando uma reavaliação considerando que, cada organismo pode reagir de forma diferente ou mesmo os sintomas podem se agravar após algum tempo de espera. Na maioria das vezes o usuário sabe a quem recorrer:

Procuraria a enfermeira (R1).

Procuo a recepção ou posto de enfermagem para que eu seja reavaliado (R5).

Já aconteceu comigo, fui reavaliada e bem atendida (elogios) (R6).

Volto na sala da classificação. Muitas vezes, mesmo sendo solicitado não é reavaliado, com exceção dos casos de pressão (R12).

No que se refere à conduta do enfermeiro classificador, este deve estar apto a classificar e reclassificar se necessário, mantendo a priorização no atendimento enquanto aguarda a consulta médica.

Por isso é necessário que, aquele indivíduo que está numa classificação com maior tempo de espera, não seja esquecido pelo profissional responsável, não deixando de explicar, ao mesmo tempo os motivos da reavaliação e a importância da classificação de risco, para que o usuário sinta segurança ao saber que não está sendo esquecido.

SOUZA *et al* (2011) enfatiza a necessidade de reavaliação constante do paciente após a classificação de risco e até que este seja atendido e tenha seu problema solucionado. Corroborando com Diniz *et al*, (2014) a monitorização do paciente após a classificação é essencial, devido ao agravamento de seu estado clínico que pode ocorrer.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou conhecer a percepção do usuário em relação à classificação de risco no serviço de urgência e emergência na unidade de pronto atendimento 24h de Sinop/MT.

Com este estudo, foi possível identificar que a maioria das pessoas que buscam por atendimento médico na UPA de Sinop/MT, encontra-se na faixa etária de 21 a 40 anos de idade. Talvez isto se dê pelo fato de que as pessoas desta faixa etária, por estarem em período de maior produção, estão mais expostas a desenvolverem algum problema de saúde.

Os usuários expressam sentimentos de descontentamento, impaciência, insatisfação e indignação, ao ponto de demonstrarem ansiedade e insegurança acentuadas. E por vezes, estes sentimentos possam estar relacionados à falta de informação e ao tempo de espera. De modo que, nem todos conseguem identificar a priorização no atendimento.

A responsabilidade do profissional relacionada à CR tem relevante importância, na

forma da organização e na abordagem ao paciente. Pois é neste momento em que se estabelecem a confiança e respeito mútuo.

Foi possível identificar falta de informação quanto à função e o funcionamento da classificação de risco, assim como a insegurança ao sistema classificatório, relativo às mudanças do estado clínico do usuário que aguarda por atendimento médico.

Em geral, os usuários, ao chegarem ao estabelecimento de urgência já têm a sua concepção formada a respeito do ambiente e finalidades do mesmo. Porém, o que mais importa para eles é obter o atendimento.

Ainda, a falta de conscientização por parte da população em usar os serviços de urgência e emergência, de certa forma, acaba sobrecarregando os profissionais da saúde e estes, por vezes, prestam um atendimento de menor qualidade aos seus usuários. Considerando tais prerrogativas cabe aos profissionais de saúde desenvolverem atividades educativas com os usuários, de acordo com cada realidade e necessidade, pautadas no diálogo e na participação de todos para uma maior funcionalidade nos serviços de saúde.

Para uma maior interação sobre a realidade atual e uma melhor compreensão do grau de conhecimento que possuem os usuários dos serviços de saúde nas diferentes regiões, seria interessante realizar esta pesquisa em outros atendimentos de urgências e emergências, para comparação dos dados obtidos.

Referências

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, *et al*. Activities of the nurse involved in triage/risk classification assessment in emergency services: an integrative review. **Revista Gaúcha Enfermagem**. [Online], v.33, n.4, p. 181-190, 2012.

AZEVEDO, Jane Mary Rose; BARBOSA, Maria Alves. Triage em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v.15, n.1, p. 33-9, jan. – mar., 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS do A ao Z: garantindo saúde nos municípios**. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília (DF): MS, 2010.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Brasília (DF): MS, 2010.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Aprova o Regimento Interno do Conselho Federal de Enfermagem e dá outras providências.** Resolução nº 421/2012 Brasília/DF, 15 de fev. de 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4212012_8670.html>. Acesso em: 18/01/2015.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem, 2014. Resolução nº 159 do COFEN, 1993. **Atividade privativa do Enfermeiro.** Disponível em: www.portalcoren-rs.gov.br/docs/docs_oficiais.doc. Acesso em: 27/05/2015.
- DAL PAI, Daiane e LAUTERT, Liana. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Revista da Escola Anna Nery [online]**, v.15, n.3, p. 524-530, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300012>>. Acesso em 18/12/2014.
- DE SOUSA, Fernanda Fernandes; DA SILVA, Maria de Jesus Monteiro. Methods employed in the reception with risk classification in emergency and urgent care services/Métodos utilizados no acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência e urgência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 5, p. 36-42, 2014.
- DINIZ, Aline Santos *et al.* Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 312-20, jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>>. Acesso em: 08/11/2014.
- DURO, C. L. M. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n.3, p. 447-54, mai. – jun., 2014.
- GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira Enfermagem [Online]**, v.66, n.1, p. 31-37, 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIRANDA, Juranda Maia de. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: o significado para o usuário.** Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde), Universidade Estadual de Londrina, 2010.
- PADILHA, Alexandre Rocha Santos; Saúde legis-Sistema de Legislação da Saúde. **Portaria 1.600/MS**, in Diário Oficial da União (DOU); Pág. 45, Seção 1. Poder Executivo, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 18/11/2014.
- PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P. de O.; CHIANCA, T. C. M.. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana Enfermagem. [Online]**, v. 20, n.6, p. 1041 - 47, nov. - dez., 2012.
- SOUZA, C. C. de; MATA, L. R. F. Da *et al.* Nursing diagnoses in patients classified as priority level II and I according to the Manchester protocol. **Revista Escola Enfermagem. USP. [online]**, v.47, n.6, p. 1318-1324, 2013.
- SOUZA, C. C.; Toledo, A. D.; Tadeu, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Classificação de Risco em Pronto - Socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino Americana de Enfermagem [online]**, v. 19, n. 1, jan.- fev.; p. 1-8, 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 24/10/2014.
- VITURI, Dagmar Willamowius *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco em Hospitais de Ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Online]**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2013.