

Implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência

Implementation of reception with risk classification in emergency and urgency services

Adriele Jácome Damasceno¹, Simone Santos Souza², Rejane Santos Barreto³, Mariane Teixeira Dantas Farias⁴

Como citar esse artigo. DAMASCENO, AJ. SOUZA, SS. BARRETO, RS. FARIAS, MTD. Implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Vassouras, v. 16, n. 2, p. 273-288, mai./ago. 2025.



Resumo

As emergências encontram no Acolhimento com Classificação de Risco uma ferramenta essencial para organizar os atendimentos. Objetivo: analisar as evidências científicas sobre os entraves e avanços na implementação do acolhimento com classificação de risco nas unidades de emergência. Realizou-se uma revisão integrativa seguindo o protocolo PRISMA e o processamento dos dados foi feito com o software Iramuteq e a Análise Categorical de Bardin. Foram incluídas 18 publicações. Os principais entraves identificados foram a falta de recursos físicos e humanos, falhas na comunicação e na organização dos fluxos de atendimento. Em contrapartida, o processo mostrou avanços como redução do tempo de espera e na estruturação de protocolos e instrumentos de avaliação. O Acolhimento com Classificação de Risco é um processo fundamental na priorização e otimização do atendimento em emergências, embora sua eficácia dependa de melhorias na infraestrutura, recursos, e capacitação profissional contínua.

Palavras-chave: Acolhimento; Classificação de Risco; Triagem; Enfermagem; Urgência e emergência.

Nota da Editora. Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Abstract

Emergencies find Reception with Risk Classification an essential tool for organizing care. Objective: to analyze the scientific evidence on the obstacles and advances in the implementation of risk-classified reception in emergency units. An integrative review was carried out following the PRISMA protocol and data processing was carried out using the Iramuteq software and Bardin's Categorical Analysis. 18 publications were included. The main obstacles identified were the lack of physical and human resources, failures in communication and in the organization of service flows. On the other hand, the process showed advances such as reducing waiting times and structuring protocols and assessment instruments. Reception with Risk Classification is a fundamental process in prioritizing and optimizing care in emergencies, although its effectiveness depends on improvements in infrastructure, resources, and continuous professional training.

Keywords: Reception; Risk Classification; Triage; Nursing; Urgency and Emergency.

Afiliação dos autores:

¹Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil.

²Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia Brasil.

³Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia Brasil.

⁴Mestre em Tecnologias e Saúde. Discente do curso de doutorado em enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia Brasil.

Endência: sssouza1@uesc.br

Recebido em: 19/11/2024. Aceito em: 15/05/2025.

Introdução

As urgências e emergências caracterizam-se por condições graves de saúde que resultam em sofrimento intenso ou risco iminente de morte, sendo necessário o atendimento imediato (SOUSA; BUENO; ARAÚJO, 2022). No âmbito da urgência e emergência o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é uma ferramenta que tem o objetivo de organizar os atendimentos pela priorização dos casos de maior gravidade, reduzindo do tempo de espera de atendimento, na atenuação do risco de vida do paciente e na otimização do serviço pela extinção de filas (Campos *et al.*, 2020).

Além disso, prioriza a informação ao paciente com menos risco sobre o tempo de espera para o atendimento à sua necessidade de saúde ou, quando cabível, a necessidade de encaminhamento para o serviço de saúde de referência (Bartel *et al.*, 2015). Entretanto, a aplicação do ACCR isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência, sendo exigido o fortalecimento de pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção (BRASIL, 2009).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) na tentativa de resgatar os princípios éticos do Sistema Único de Saúde (SUS) e modificar a formato da gestão e produção da saúde, fragmentadas e centradas no profissional médico. Nessa perspectiva, a cartilha orienta os profissionais e gestores quanto à diretriz do acolhimento e o processo da classificação de risco, abordando desde conceitos fundamentais até diretrizes operacionais (BRASIL, 2009).

Estudos mostram que o ACCR vem se tornando uma experiência exitosa no Brasil, iniciada pelo Hospital Dr. Mário Gatti em Campinas em 1993, a partir de um convite do MS para projeto piloto que visava implantar um programa de Humanização em alguns hospitais brasileiros. A partir dos bons resultados com este hospital, outros em todo o Brasil, adotaram a ferramenta (Bellucci-Junior e Matsuda, 2012).

Em contrapartida, as portas de entrada de urgência e emergência enfrentam uma elevada demanda de atendimentos, sobretudo de baixa complexidade, os quais poderiam ser acolhidos e atendidos em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa volumosa e desordenada demanda acarreta superlotação das unidades, escassez de recursos tecnológicos e humanos, além de comprometer a qualidade da atenção (Campos *et al.*, 2020).

Um estudo realizado no Paraná, que avaliou o processo de atendimento do ACCR em um hospital de emergência, apontou entraves importantes somadas às influências do crescimento da demanda por causas externas e dificuldades organizacionais. Estas diziam respeito à carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, estrutura física inadequada, precariedade ou falta de equipamentos e materiais, além da fragilidade do sistema de referência e contrarreferência (Rossaneis *et al.*, 2011).

Considerando que o enfermeiro é o primeiro profissional a avaliar o paciente em portas de entrada de urgência, destaca-se a sua atuação neste cenário enquanto agente transformador, sendo indispensável na condução do ACCR. Ele deverá realizar a escuta ativa, a comunicação e o diálogo com usuário e seu acompanhante e, traçar estratégias para viabilizar a resolutividade da problemática em questão (Andrade *et al.*, 2021).

Para que o ACCR seja considerado um processo efetivo na redução da mortalidade por agravos tempo-dependentes, os enfermeiros carecem de treinamento quanto à avaliação dos pacientes, conforme suas queixas e sua sintomatologia, complementando-a com a mensuração dos sinais vitais e confirmando o grau de risco com a utilização de um protocolo norteador. Isto posto, é necessário que os profissionais detenham tempo para obter um olhar justo e sensível para com os pacientes (Lacerda *et al.*, 2019).

Neste ensejo, carece a avaliação das estratégias para implementar o ACCR, visto que é uma ferramenta proposta pela PNH. Além disso, é importante operacionalizar as práticas de saúde conforme os princípios da universalidade, integralidade e equidade, visando a ampliação do acesso aos serviços de

saúde e a otimização do atendimento aos pacientes mais críticos com maior celeridade e resolutividade dentro da Rede de Atenção (Lacerda et al., 2019; Andrade et al., 2021).

Entendendo que o ACCR foi implantado recentemente no Brasil em uma vasta rede de serviços com porta aberta de urgência, emergiu a seguinte pergunta de investigação: o que tem sido publicado pelos enfermeiros nos últimos 15 anos sobre os entraves e avanços na implementação do ACCR nas portas de entrada de urgência e emergência? Para responder à questão, o objetivo desse estudo foi analisar as evidências científicas sobre os entraves e avanços na implementação do ACCR nas portas de entrada de urgência e emergência.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, caracterizada como um método que facilita a síntese dos resultados de estudos relevantes, abrangendo uma gama diversificada de desenhos de pesquisa, que variam desde observações a experimentos válidos (Brandão et al., 2023).

Seu propósito reside em resumir, analisar resultados e contribuir para o avanço de pesquisas, através do aprofundamento do conhecimento do conteúdo prévio. Esta revisão integrativa seguiu os critérios do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA), composto por cinco etapas: (i) formulação da questão de pesquisa, (ii) seleção dos estudos significativos, (iii) válidos para a investigação, (iv) seleção dos estudos e (v) registro dos dados extraídos das pesquisas incluídas e síntese narrativa dos achados (Molina Filho et al., 2023; Anjos et al., 2024).

A estratégia PICO foi utilizada para a elaboração da pergunta norteadora a partir do acrônimo (P= população; I= interesse; Co= contexto) representados pelos respectivos dados: P= Enfermeira (o); I= Entraves e avanços na implementação do ACCR; Co= Unidade de emergência (Quadro 1). À vista disso, a questão de pesquisa deste estudo foi: o que tem sido publicado pelas(os) enfermeiras(os) nos últimos 15 anos sobre os entraves e avanços na implementação do ACCR nas unidades de emergência?

Quadro 1. Estratégia PICO. Ilhéus-BA, Brasil, 2024.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	APLICAÇÃO
P	População	Enfermeira(o)
I	Interesse	Entraves e avanços no ACCR
Co	Contexto	Unidade de emergência

Fonte. Elaborado pelos autores, 2024.

A busca na literatura foi realizada em abril de 2024, nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) via Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via BVS e *Brazil Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *PubMed da U.S. National Library of Medicine* (NLM). Além disso, foi utilizado termos controlados (Descritores em Ciências da Saúde - DeCS e *Medical Subject Headings - Mesh*) e termos não controlados, combinados com operadores booleanos AND e OR, conforme explicitado na estratégia de busca descrita (Quadro 2).

Quadro 2. Estratégias de busca utilizadas na revisão integrativa. Ilhéus-BA, Brasil, 2024.

Base de dados	Estratégia de busca
BDENF via BIREME, MEDLINE E LILACS VIA BVS	(((((acolhimento) OR (user embracement) OR (acogimiento)) OR (triagem) OR (triagem de pacientes) OR (classificação de risco) OR (acolhimento com classificação de risco) OR ACCR) AND (serviço hospitalar de emergência) OR (emergency service, hospital) OR (servicio de urgencia en hospital) OR (enfermagem em emergência) OR (emergency nursing) OR (enfermería de urgencia)) AND (enfermagem) OR (nursing) OR (enfermeiras e enfermeiros) OR (nurses)) e (desafio)) AND (fulltext:("1" OR "1") AND db:("LILACS" OR "MEDLINE" OR "BDENF" OR "IBECS") AND la:("en" OR "pt")) AND (year_cluster:[2009 TO 2024]))
PUBMED	((((((((((((Acolhimento) OR (Acolhimento do Usuário)) OR (Acogimiento)) OR (Triagem)) OR (Triagem de Pacientes)) OR (classificação de risco)) OR (acolhimento com classificação de risco)) AND (Serviço Hospitalar de Emergência)) OR (Serviço de Emergência, Hospital)) OR (Serviço de Urgência em Hospital)) OR (Enfermagem em Emergência)) OR (Enfermagem de Emergência)) OR (Enfermería de Urgência))) AND (enfermagem))
SCIELO	(((((Acolhimento) OR (User Embracement) OR (Acogimiento)) OR (Triagem) OR (Triagem de Pacientes) OR (classificação de risco) OR (acolhimento com classificação de risco) OR (ACCR)) AND (Serviço Hospitalar de Emergência) OR (Emergency Service, Hospital) OR (Servicio de Urgencia en Hospital) OR (Enfermagem em Emergência) OR (Emergency Nursing) OR (Enfermería de Urgencia)) AND (enfermagem) OR (nursing) OR (Enfermeiras e Enfermeiros) OR (Nurses)) AND (desafio))

Fonte. Elaborado pelos autores, 2024.

Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, nos idiomas inglês, português ou espanhol, publicados nos últimos 15 anos, alinhados com o objetivo do estudo. A escolha temporal fundamentou-se a partir da publicação da Cartilha Humaniza SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, pelo MS, quando a estratégia foi oficialmente implantada no País (BRASIL, 2009). Foram excluídas publicações incompatíveis com os objetivos do estudo, além da literatura cinzenta como teses e dissertações, reflexões e artigos fora do escopo temporal determinado.

Em seguida, as pesquisas encontradas foram organizadas em uma lista no formato CSV e RIS e inseridas no gerenciador de referências *EndNote*, para identificação de possíveis duplicatas. A seleção final foi migrada para o *software* Rayyan QCRI16, no qual foi feita a avaliação duplo-cega por pares. Os autores revisaram os títulos e resumos, selecionando aquelas produções que atendiam aos critérios de inclusão. Após a resolução de possíveis conflitos, os artigos restantes foram lidos na íntegra e selecionados de acordo com os resultados apresentados.

Após a seleção dos artigos, foi criado um instrumento para a extração e organização dos seguintes dados: autores, ano de publicação, base de dados, local de publicação, método utilizado e principais resultados encontrados. Os dados foram tabulados no *software* Microsoft Excel 2022 e, posteriormente foram submetidos a análise.

Os resultados encontrados de cada artigo foram operacionalizados através do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), versão 0.7 alpha 2 (Souza et al., 2018). O Iramuteq é um *software* que proporciona uma ampla gama de análises de textos, desde as mais simples, como contagem de palavras, até métodos avançados como classificação hierárquica e análise de similitude. Ele estrutura o vocabulário de maneira intuitiva e visualmente acessível, através de recursos como nuvem de palavras e análise de similitude que facilitam a compreensão da distribuição dos termos no texto, permitindo uma análise detalhada e abrangente (Camargo; Justo, 2013; Costa et al., 2024).

Posteriormente, empregou-se a análise de similitude, permitindo identificar a frequência de palavras no corpus textual e a conexão entre elas, para que os termos sejam então agrupados em zonas centrais e periféricas, gerando uma árvore temática que auxilia na identificação das estruturas. Da convergência entre as categorias iniciais obtidas a partir da análise de conteúdo e a organização dos dados pelo software originaram-se duas categorias temáticas finais.

Para complementar a análise, também foi realizada a análise de conteúdo de Bardin, uma técnica de pesquisa que analisa palavras, permitindo extrair inferências sobre o conteúdo de um texto e sua relação com o contexto social. O texto é considerado como expressão do indivíduo e o analista categoriza unidades de texto, como palavras ou frases, para inferir sua representação. Esse processo ocorre através de três etapas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2016).

Este estudo cumpre com as normas éticas e legais ao atribuir devidamente crédito a todos os autores através da referência às suas respectivas publicações, em conformidade com as leis de direitos autorais (BRASIL, 1998).

Resultados e discussão

Foi encontrado o total de 1.171 estudos nas bases de dados, sendo que 474 artigos eram duplicatas e foram removidos através da utilização do software EndNote, restando o quantitativo de 697 para a leitura dos títulos e resumos, com auxílio do Rayyan, para a seleção duplo-cega. Após a primeira seleção, 57 artigos foram selecionados para a leitura de texto completo, restando após a análise crítica, o total de 18 artigos que integraram o corpus do estudo. Todo o processo de seleção foi seguido de acordo com as recomendações do PRISMA - figura 1 (Page et al., 2021).

Os locais de publicações da amostra dos estudos selecionados nesta revisão (n=18) se distribuiu da seguinte forma: Paraná (n=7), Minas Gerais (n=3), Rio Grande do Sul (n=3), Rio de Janeiro (n=2), Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Maranhão, Piauí e São Paulo totalizaram uma publicação cada.

Em relação às bases de dados, a frequência encontrada foi de: SCIELO (n=7), LILACS (n=11) e BDEF (n=14), realizados na sua maioria por pesquisadores enfermeiros. Foram encontrados, em média, 1,2 artigos publicados por ano, entre o período de 2010 a 2022, mantendo uma baixa constância. O maior volume de publicações foi encontrado nos anos de 2015 a 2016, cada um com quatro artigos. O método de pesquisa mais utilizado foi o qualitativo (n=8), seguido pelo quantitativo (n=5) e revisões de literatura (n=4) (quadro 3).

O processamento de dados pelo software *Iramuteq* gerou de um corpus textual constituído de 18 textos, separados pelo programa em 69 segmentos de texto, que incluíram 2.449 ocorrências e frequência hapax de 481 (sendo 62,71% das formas e 19,64% das ocorrências). Como parâmetro de análise, foi utilizado, como ponto de corte, formas com frequência entre 26 e 7, gerando o gráfico de análise de similitude, representada pela árvore máxima (figura 1). Este software ampara-se em cálculos executados baseados na co-ocorrência de palavras em seguimentos de texto, buscando agrupá-las em classes de acordo com sua semelhança e dessemelhança.

A árvore máxima foi obtida com base em 28 vocábulos e indicou que o termo “atendimento” (n=26) foi central nos relatos dos autores dos artigos, associando-se a três troncos de similitude, relacionados às palavras-chaves: “processo” (n=16), “saúde” (n=12), “acolhimento” (n=15). Todos os artigos selecionados retrataram o ACCR como uma nova modalidade de atendimento nas unidades de emergência e urgência, cuja organização e implantação enfrentou alguns entraves, mas logrou êxito e benefícios. Indicaram também, o enfermeiro como profissional responsável pela sua implementação, porém apontaram que, tanto o processo, a organização, o fluxo, a capacitação, quanto os aspectos relacionais interprofissionais carecem de reformulações.

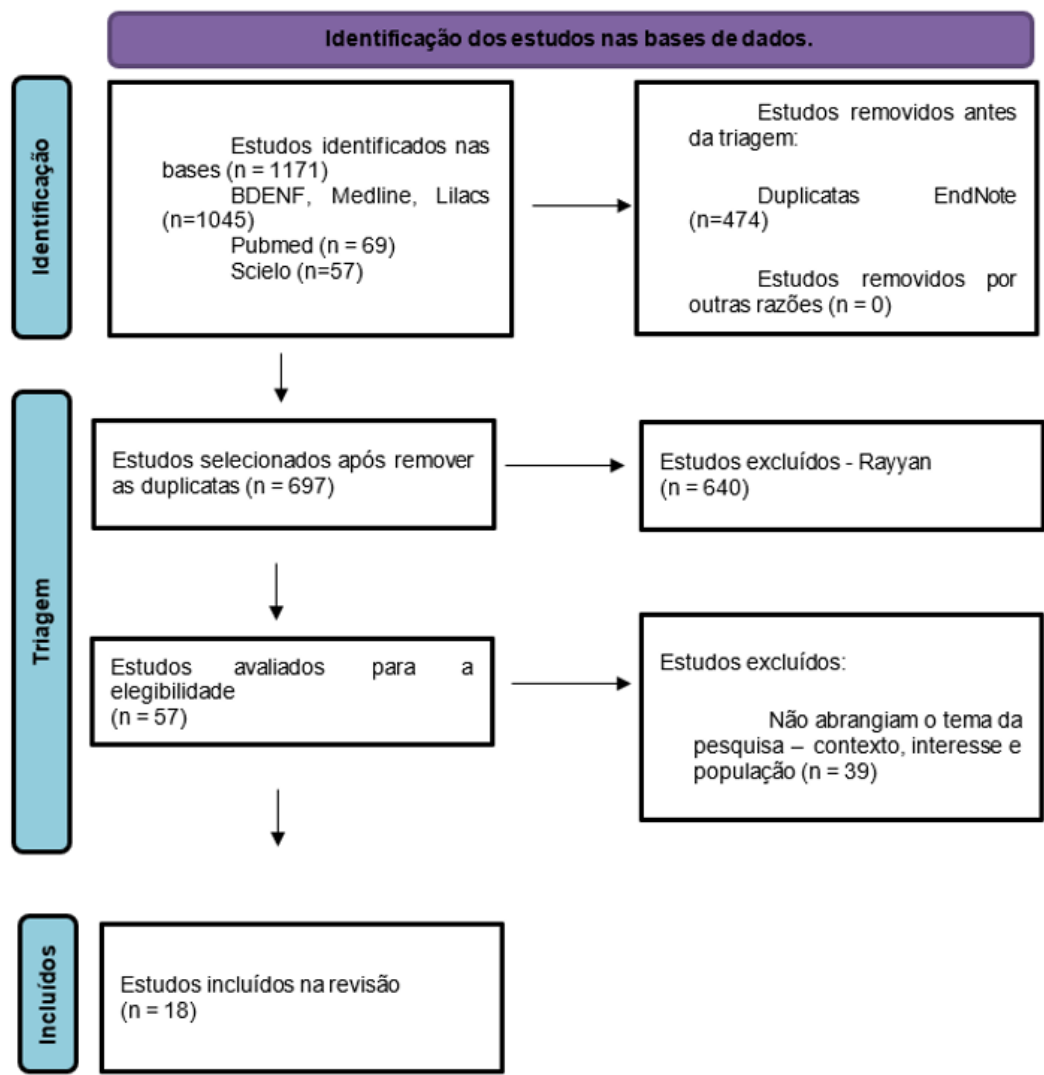


Figura 1. Protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses (PRISMA). Ilhéus-BA, Brasil, 2024.

Fonte. Elaborado pelos autores, 2024.

No que tange a análise de conteúdo de Bardin, após a leitura dos artigos na íntegra, surgiram duas categorias intituladas: (i) Entraves enfrentados durante a implementação e operacionalização do ACCR (n=12/66,7%) e (ii) Avanços e benefícios na implementação e operacionalização do ACCR (n=6/33,3%), analisadas em sequência.

Entraves enfrentados durante a implementação e operacionalização do ACCR

Na análise de similitude, o tronco formado pelo vocábulo “processo”, registrado 16 vezes, apresentou, em seu entorno, os termos “avanço”, “enfermeiro”, “implantação”, “necessário”, “resultado”, “dimensão” e “dificuldade”. Os artigos trazem o ACCR como uma ferramenta necessária ao avanço nos atendimentos em situações de urgência, sendo o enfermeiro o profissional responsável por sua implementação, porém até o momento, essa realidade está permeada por situações que dificultam a sua operacionalização.

Quadro 3. Caracterização da amostra de pesquisa. Ilhéus-BA, Brasil, 2024.

N.	Autoria/Ano	Base de dados	Estado	Método	Principais Resultados
1	Costa, <i>et al.</i> , 2015.	SCIELO LILACS/ BDENF	PR	Quantitativo	Apontou entraves como necessidade de desenvolvimento de propostas arquitetônicas, planta física e espaço físico, fluxograma baseado na resolatividade do atendimento e da organização do processo de trabalho, necessidade de investimento financeiro, falha de comunicação entre a equipe. A equipe, reavaliação dos casos em espera, conhecimento das condutas do ACCR e falta de treinamento periódico sobre o ACCR.
2	Versa, <i>et al.</i> , 2014.	SCIELO LILACS BDENF	PR	Quantitativo	Os profissionais avaliaram o resultado da implantação do ACCR como "precário" devido às dificuldades de encaminhamento, falta de avaliação periódica do fluxo de atendimento, espaço físico inadequado para acomodar os acompanhantes. A estrutura e o processo necessitam de melhorias imprescindíveis para obter a humanização.
3	Bellucci Júnior; Matsuda; 2012.	SCIELO LILACS BDENF	PR	Qualitativo	Construção e validação de um instrumento para avaliar o ACCR, mensurando o impacto que o ACCR produz na qualidade do atendimento.
4	Mendonça <i>et al.</i> ; 2018.	BDENF	RJ	Revisão integrativa	Entraves identificados: despreparo dos profissionais, a fragilidade no fluxo fluxograma do ACCR e a necessidade de maior apoio institucional. São necessários treinamentos e atualizações contínuos para que haja entendimento máximo sobre o protocolo do ACCR e a articulação com os demais profissionais de saúde envolvidos.
5	Rates; Alves; Cavalcante, 2016.	LILACS BDENF	MG	Qualitativo	O ACCR é reconhecido como um espaço ou postura adotada pelos profissionais. É um lugar próprio, pois é delimitado por normatizações, regras previamente estabelecidas.

Quadro 3 (cont.). Caracterização da amostra de pesquisa. Ilhéus-BA, Brasil, 2024.

N.	Autoria/Ano	Base de dados	Estado	Método	Principais Resultados
6	Versa <i>et al.</i> , 2016.	LILACS BDENF	PR	Quantitativo	O ACCR foi avaliado como precário devido, principalmente, às dificuldades como humanização no atendimento; encaminhamentos de casos de baixa complexidade à rede básica de saúde e; acolhimento das lideranças perante as inseguranças para executar as diretrizes do ACCR.
7	Oliveira <i>et al.</i> , 2016.	LILACS BDENF	PR	Revisão Sistemática	O artigo reconhece o enfermeiro como protagonista na fase de implantação do ACCR, porém foi identificado que a classificação de risco, às vezes, também é realizada por técnicos de enfermagem.
8	Rates <i>et al.</i> , 2016.	LILACS BDENF	MG	Qualitativa	A humanização foi reconhecida como necessária na relação profissional-usuário, qualificando a escuta. O saber foi reconhecido como uma extensão do profissional, capaz de direcionar o cuidado.
9	Inoue <i>et al.</i> , 2015.	LILACS BDENF	PR	Quantitativa	O ACCR foi avaliado como precário, apresentando os seguintes agravantes: falta de espaço físico; problemas no relacionamento e comunicação da equipe multiprofissional; e dificuldade na operacionalização das condutas estabelecidas.
10	Oliveira <i>et al.</i> , 2017.	LILACS BDENF	RN	Qualitativa	o ACCR foi citado como uma forma de humanizar o atendimento, porém a unidade não tem capacidade de instalação, mostrando deficiências estruturais e de pessoal.
11	Bellucci Júnior; Matsuda, 2012.	LILACS BDENF	PR	Qualitativa	A atuação do enfermeiro no processo de implantação do ACCR foi fundamental, e, apesar do dispositivo ainda necessitar de alguns ajustes e o atendimento ser mais humanizado.
12	Torres; Belisário; Melo, 2015.	SCIELO	MG	Pesquisa Documental	Avanços: implantação da rede, criação do Comitê, a adoção da classificação de risco e o suporte do Estado. Dificuldades: subfinanciamento, extensão territorial, despreparo e a rotatividade dos profissionais. Já o avanço foi o maior acesso.

Quadro 3 (cont.). Caracterização da amostra de pesquisa. Ilhéus-BA, Brasil, 2024.

N.	Autoria/Ano	Base de dados	Estado	Método	Principais Resultados
13	Caveião, <i>et al.</i> , 2014.	BDEF	RS	Qualitativa	Desafios vivenciados pelo enfermeiro: manutenção do fluxo de atendimento correto no ACCR, carga elevada de trabalho e utilização do protocolo classificador.
14	Shiroma; Pires, 2011.	BDEF	SC	Qualitativa	Desafios: a grande demanda de pacientes, a imprevisibilidade desses atendimentos, o espaço físico reduzido, a falta de priorização do atendimento, entre outros fatores, tornando a emergência um local com extrema dificuldade de organização do trabalho.
15	Zanelatto; Pai, 2010.	LILACS/ BDEF	RS	Qualitativa	Entraves: conflitos entre os profissionais, falta de compreensão da abrangência do ACCR, identificando o acolhimento apenas como uma parte do atendimento.
16	Sousa <i>et al.</i> , 2019.	SCIELO	MA, PI, RJ	Revisão Integrativa	A falta de recursos estruturais, aspectos referentes ao trabalho multiprofissional e mau funcionamento das redes de atenção à saúde, com baixa resolutividade da atenção básica e ausência de um sistema de referência e contrarreferência, acarretando superlotação nas unidades de emergência hospitalar, foram barreiras à utilização deste dispositivo.
17	Soster <i>et al.</i> , 2022.	SCIELO	RS	Revisão sistemática com metanálise	O protocolo de triagem avançada reduziu o tempo de permanência na emergência sem comprometer a segurança e a qualidade do atendimento.
18	Becker <i>et al.</i> , 2015.	SCIELO	SP	Quantitativo	O protocolo avaliado, apesar de carecer de estudos de validação, foi capaz de detectar pacientes com condições mais urgentes, bem como identificar maior risco para internação hospitalar e óbito, indicando que o desenvolvimento de protocolos próprios, adequados ao perfil da clientela atendida, pode ser uma alternativa no atendimento em SE a protocolos internacionais em Instituições de Saúde com recursos financeiros limitados.

Fonte. Elaborado pelos próprios autores.

No que diz respeito as dificuldades e obstáculos enfrentados para a implementação e operacionalização do ACCR em hospitais com porta aberta de urgência e emergência e Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), foram apontadas as seguintes questões: ausência de um espaço físico que proporcione conforto ao paciente e acompanhante a necessidade da formulação de fluxogramas e processos que viabilizem a execução do ACCR; problemas relacionados a precariedade na comunicação e no relacionamento interprofissional; falta de treinamentos e capacitações e inexistência da humanização no atendimento.

Um tronco da árvore máxima foi formado pela palavra central saúde (n=12), permeada pelos termos “rede”, “atenção”, “serviço”, “equipe”, “físico”, enfatizando a necessidade de manter uma equipe e um espaço físico próprios para a operacionalização do ACCR.

Referente a ausência de um espaço físico que proporcione conforto ao paciente e acompanhante, é válido ressaltar que a ambiência é um dos requisitos essenciais propostos pela PNH nos serviços de saúde, visando cumprir a diretriz do acolhimento. Nessa perspectiva, prover ambientes que promovam o bem-estar, que garantam a privacidade, estimulem a adaptação nas práticas laborais e sejam locais propícios para interações entre indivíduos é essencial para a implementação e operacionalização do ACCR (BRASIL, 2013).

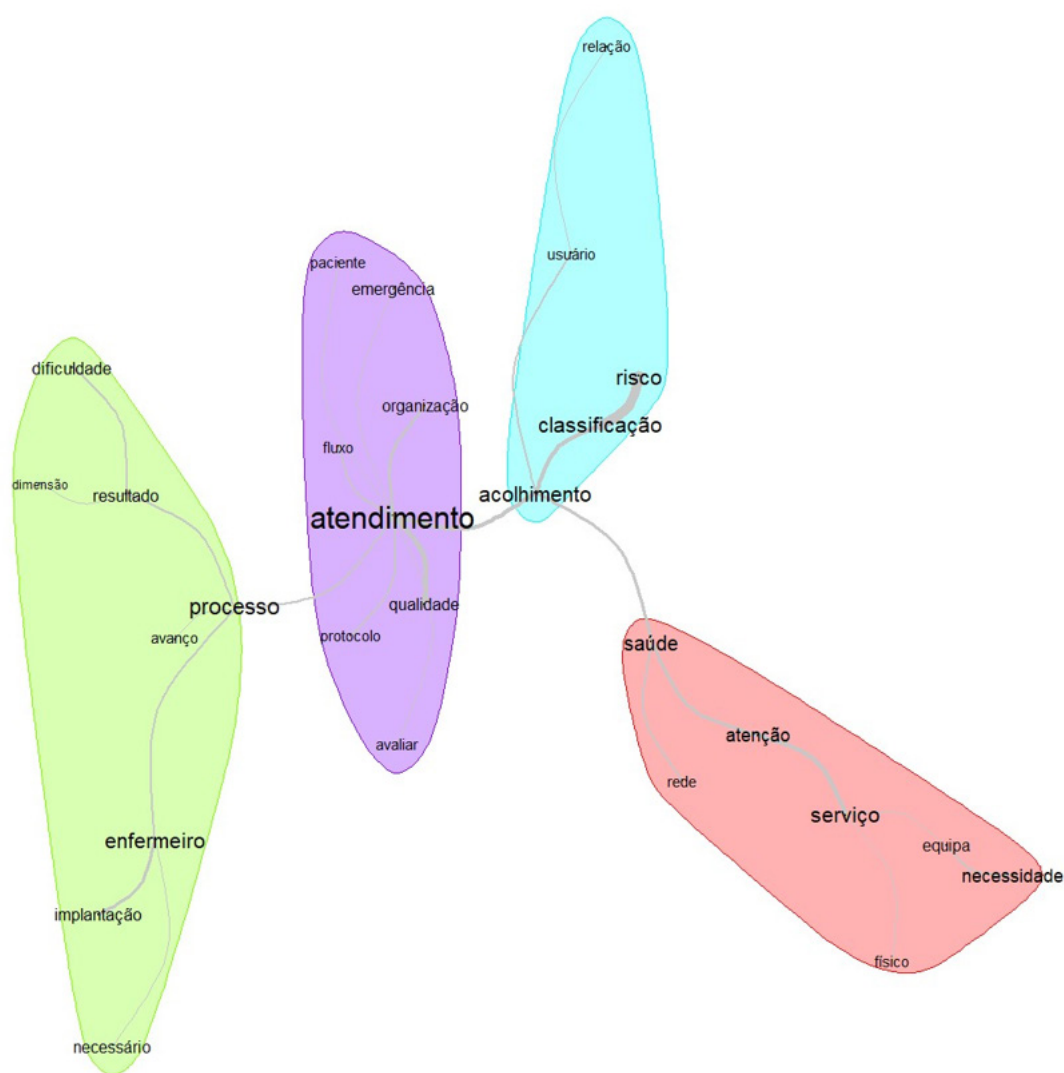


Figura 2. Análise de similaridade, formação das comunidades de palavras e suas relações de coocorrências. Ilhéus-BA, Brasil, 2024.

Fonte. Elaborado pelos autores, 2024.

Entretanto, conforme identificado nos estudos que compuseram a amostra dessa pesquisa, tal aspecto essencial foi considerado um entrave, devido a superlotação do serviço, tornando a estrutura física insuficiente em suportar a demanda. Há também a negligência dos órgãos responsáveis e dos profissionais gestores de tratarem o espaço físico com um local que proporcione dignidade e acolhimento para com os pacientes e acompanhantes, e, por fim, atrelado também as instâncias governamentais, a insuficiência dos recursos financeiros e ausência de reajustes periódicos que promovam melhorias no espaço (Shiroma; Pires, 2011, Oliveira *et al.*, 2017, Versa, *et al.*, 2014, Inoue *et al.*, 2015, Costa, *et al.*, 2015, Sousa *et al.*, 2019).

Portanto, retomando os ditames propostos em Cartilha da PNH, concebe-se como de imediata necessidade, que as unidades de saúde atendam aos requisitos da manutenção da ambiência dos seus espaços físicos, através de projetos arquitetônicos para reformas e ampliação destes, adaptando-os às demandas dos usuários e seus acompanhantes (BRASIL, 2013).

Aliada a essa questão, percebe-se a carência de pactuações entre gestores, com o objetivo de estipular fluxos de atendimento entre os serviços que compõem a rede de atenção. Para tanto, a APS precisa se encarregar dos atendimentos de menor gravidade, assegurando, assim, que toda a comunidade tenha acesso e continuidade nos cuidados necessários em serviços de maior complexidade (BRASIL, 2013; Costa *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016).

Ainda no escopo da estrutura dos serviços de urgência e emergência, identificou-se no estudo de Lima *et al.* (2023) que, a falta de materiais essenciais para execução do cuidado de enfermagem é um dos principais desafios enfrentados na aplicação do ACCR. A ausência de recursos materiais e tecnológicos pode reduzir a qualidade da atenção ofertada no atendimento do enfermeiro durante o ACCR, interferindo na segurança e eficiência do processo.

Quanto à necessidade da formulação de fluxogramas e processos, entende-se tratar de ferramentas importantes de gestão utilizadas para viabilizar a execução do ACCR, principalmente pelo enfermeiro. Entretanto, foi possível constatar, a partir dos artigos selecionados, que o profissional enfermeiro frequentemente não possui o domínio de informações acerca da realidade epidemiológica do serviço e que existe pouca interação entre a equipe de enfermagem e a equipe médica para a articulação de fluxo.

Nessa direção, é preciso que o ACCR seja entendido não apenas como o cumprimento de um protocolo que estabelece graus de risco e tempos de espera dos usuários, mas sim como um processo institucionalizado que confere a organização do trabalho nos serviços, desde a entrada do usuário até a evolução do seu quadro clínico e tempo de permanência (Oliveira *et al.*, 2016; Versa *et al.*, 2014).

A árvore de similitude, no tronco formado pela palavra acolhimento (n=15) e classificação (n=15), permeada pelos vocábulos “risco”, “usuário” e “relação”, revelando, também, a importância de manter uma boa relação interprofissional e com os pacientes para que a operacionalização do ACCR ocorra com fluidez e efetividade.

Estudos convergem para a importância da interdisciplinaridade para o bom funcionamento do ACCR. Pesquisa acerca da percepção dos enfermeiros sobre a classificação de risco em serviços de urgência, na qual os profissionais apontaram que a presença dos técnicos de enfermagem na recepção e na sala de espera atuava como facilitador do trabalho do enfermeiro na classificação de risco, uma vez que, na prática clínica, observa-se que esta tem sido uma prática adotada por alguns serviços de urgência que implantaram a ferramenta (Oliveira *et al.*, 2017).

Assim, ponderando a responsabilidade dos gestores em desenvolver as competências de suas equipes, sugere-se maior investimento em ações de educação permanente nos serviços, com vistas a fortalecer a comunicação e as relações interpessoais entre os profissionais. Desta forma, a comunicação eficiente fundamentará a prática do acolhimento, caracterizada como uma mudança de postura ética dos profissionais, através da escuta qualificada que busca identificar e resolver as demandas dos usuários, atendendo suas necessidades de saúde (Costa *et al.*, 2015; Versa *et al.*, 2016).

Diante deste contexto, enfatiza-se que a atuação do enfermeiro no ACCR nas portas de entrada de urgência e emergência, é condicionada aos treinamentos e capacitações constantes que contemplem a utilização do protocolo de classificação de risco, além da implementação de protocolos clínicos e assistenciais para uniformizar a linguagem do atendimento entre a equipe multidisciplinar (Oliveira *et al.*, 2016).

Na execução do ACCR, o papel do enfermeiro é intrinsecamente colaborativo, no qual participa ativamente de uma equipe multidisciplinar. Logo, tanto para a resolução de casos menos graves quanto dos casos com maior urgência, o paciente depende da cooperação organizada e sincronizada dos profissionais envolvidos, nesse caso, enfermeiros e médicos (Oliveira *et al.*, 2016).

Considerando que, a escassez de treinamentos e capacitações foi identificada como entrave na implementação do ACCR, por esse estudo, elucida-se que ações e estratégias voltadas para a educação permanente em serviços colaboram no desenvolvimento das competências exigidas no atendimento, bem como na abordagem dos aspectos pertinentes à humanização. Para tanto, as referidas ações garantem não somente a priorização dos casos clínicos mais graves que necessitam de atenção imediata, mas, principalmente, a eficácia e a resolutividade que o serviço se propõe a alcançar (Mendonça *et al.*, 2018).

Outro entrave evidenciado pela amostra de pesquisa foi a inexistência da humanização no atendimento. De acordo com a PNH, a humanização implica na adoção da gestão compartilhada como estratégia e ferramenta para a criação de abordagens inovadoras na administração e o cuidado em saúde (Sousa *et al.*, 2019). No aprimoramento do processo de humanização do atendimento em saúde é imperativo que os profissionais atuem como agentes ativos, demonstrando disposição para ações voltadas para humanização.

É evidente que a humanização no atendimento é uma dificuldade quando não há uma comunicação e interação entre profissionais de forma eficiente, além de aspectos já discutidos anteriormente, como a ausência de capacitações, criação de fluxogramas e processos e espaço físico adequado para usuários e acompanhantes. Ante o exposto, as circunstâncias podem influenciar o bem-estar psicológico e emocional dos profissionais, o que por sua vez pode influenciar negativamente na efetivação de implantação de ações voltada para a humanização do atendimento (Zanelatto; Pai, 2010; Versa *et al.*, 2016).

Avanços e benefícios da implementação e operacionalização do ACCR

O tronco marcado pelo termo “atendimento”, referida 26 vezes, apresentou vinculações com as palavras-chave: “protocolo”, “fluxo”, “avaliar”, “qualidade”, “organização”, “emergência” e “paciente”. Esses dados destacam que os artigos encontrados enfatizaram sobre a importância de valorizar o ACCR, através do estabelecimento de normas, rotinas e melhorias que proporcionem a viabilidade da sua implementação e operacionalização.

No que tange às boas práticas e benefícios do ACCR nas unidades de urgência e emergência, as produções científicas elucidaram a construção e validação de instrumentos de avaliação e protocolos e o reconhecimento do ACCR em ocupar um espaço físico e instrumental próprio, os quais organizaram as demandas dos serviços e contribuíram para o desenho da Rede de Atenção (Zanelatto; Pai, 2010; Bellucci Júnior; Matsuda; 2012; Becker *et al.*, 2015; Torres; Belisário; Melo, 2015; Rates; Alves; Cavalcante, 2016; Soster *et al.*, 2022).

A pesquisa de Rates e colaboradores (2016) apontou o ACCR não apenas como um local ou uma mudança de atitude dos profissionais, mas sim uma prática com normas definidas, onde as interações entre profissionais e usuários moldam esse espaço de forma fundamental. Por isso, é necessário considerar esses aspectos para o aprimoramento do ACCR, perpassando pela conformidade de normas, e valorizando as subjetividades e interações dos envolvidos. Além disso, visando fortalecer o processo do ACCR, instrumentos como os protocolos de classificação de risco devem ser validados metodologicamente.

De acordo com Bellucci Júnior e Matsuda (2011), embora existam estudos que descrevam melhorias

no serviço após a introdução do ACCR, não se encontrou pesquisa que examinasse a presença de uma ferramenta específica para avaliá-lo. Desse modo, abriu-se oportunidades para a elaboração e validação de instrumentos voltados para avaliação do ACCR e protocolos, conforme encontrado na amostra de estudos que integrou essa pesquisa.

Pesquisas dos mesmos autores (2011, 2012) foram realizadas com o objetivo de formular e validar um instrumento para avaliar o ACCR com emprego de uma escala que indicava o nível de concordância ou discordância dos participantes. O instrumento abordou as dimensões que compõem a tríade donabediana (Donabedian, 1992): estrutura, processo e resultado, sendo validado com o propósito de avaliar o ACCR em serviços com porta aberta de urgência e emergência.

Outrossim, o estudo de Becker e colaboradores (2015), mostrou que o protocolo utilizado para triagem dos pacientes foi elaborado por iniciativa institucional, em 2009 por médicos e enfermeiros. O método de aplicação do instrumento se baseia na queixa principal do paciente, filtrando as queixas, sinais e sintomas para determinar a prioridade do atendimento. Além disso, o risco é classificado em cinco níveis de gravidade, cada um representado por uma cor específica, que determina diferentes tempos de atendimento.

O protocolo em epígrafe, mostrou capacidade preditiva, ao identificar pacientes com maior urgência, risco de internação e óbito. Apesar da falta de estudos de validação, foi possível inferir que a criação de protocolos institucionais trouxe avanços e benefícios para o atendimento em serviços de emergência, pois refletem a realidade local.

Ratificando a concepção de que a construção e validação de instrumentos de avaliação e protocolos é um avanço na prática do ACCR, pesquisa de revisão sistemática de literatura com metanálise foi realizada em 2022 com o objetivo de avaliar a efetividade do uso de protocolos de triagem avançada no tempo de permanência dos pacientes, na segurança e na satisfação dos pacientes e profissionais em hospitais. O estudo concluiu que a otimização dos procedimentos de cuidado contribuiu para a redução do tempo de permanência dos pacientes nos serviços de emergência, além de mitigar a superlotação de forma econômica e segura (Soster *et al.*, 2022).

Nessa direção, concebe-se como desdobramentos dos aspectos outrora discutidos, a organização da elevada demanda de atendimentos nos serviços, a extinção das filas e do atendimento por ordem de chegada. O emprego de instrumentos norteadores tornou a aplicação do ACCR padronizada e sistematizada, modificando radicalmente o atendimento realizado por profissionais da segurança e recepção.

Ainda considerando os avanços da implementação do ACCR no Brasil, esse estudo identificou a existência de benefícios significativos, como a ampliação do acesso e na assistência à saúde, maior resolutividade nos casos de urgência e emergência, integração dos serviços e descentralização de serviços de média e alta complexidade para outros municípios (Torres, Belisário e Melo, 2015).

A realização dessa pesquisa constatou importante escassez de publicações científicas que versassem sobre a temática do ACCR no Brasil, sendo considerado uma limitação do estudo. Entretanto, a referida lacuna ressalta a importância de futuras produções científicas com métodos diversos para proporcionar uma compreensão mais abrangente do assunto em questão.

Conclusão

Este estudo buscou analisar as evidências científicas sobre os entraves e avanços na implementação do ACCR nas unidades de emergência no Brasil, ao longo dos últimos 15 anos. Foi identificado que, apesar de o ACCR ser uma ferramenta essencial para organizar e priorizar os atendimentos, sua implementação enfrenta desafios significativos.

Os principais entraves encontrados perfazem a carência de recursos físicos e humanos, deficiências

na infraestrutura das unidades de emergência, falhas na comunicação interprofissional e na organização dos fluxos de atendimento. Além disso, a falta de capacitação contínua e a necessidade de um espaço físico adequado para pacientes e acompanhantes são fatores que comprometem a efetividade do ACCR.

Por outro lado, o estudo apontou que o ACCR agregou benefícios notáveis, como a redução do tempo de espera e a melhoria na triagem de casos graves, contribuindo para a otimização dos serviços de emergência. Para superar os desafios identificados, recomenda-se um investimento contínuo em recursos adequados, treinamento profissional, bem como melhorias na comunicação e na gestão dos fluxos de atendimento.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

Referências

ANDRADE, A. F. S. M. de *et al.* Potencialidades e fragilidades da política nacional de humanização nos serviços de urgência e emergência sob a perspectiva da enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e346101321536–e346101321536, out., 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/21536/19001/258227>. Acesso em: 5 dez. 2023.

ANJOS, L. H. B. dos *et al.* Atuação do enfermeiro frente a pessoa com sepse em serviços de urgência e emergência. **Mosaico**, v.15, n.2, 2024. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/4669>. Acesso em: 19 nov. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARTEL, T. E. *et al.* Dialogando sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco: relato de experiência. **Rev Baiana Saúde Pública**, v.38, n.3, p.164–73, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n1.a743>. Acesso em: 18 nov. 2024.

BECKER, J. B. et al.. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 0783–0789, out. 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Ciênc. cuid. Saúde**, v.11, n.2, p. 396-401, abr.-jun. 2012.

BELLUCCI Jr ; MATSUDA, L. M. . O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (UFRGS. Impresso) , v. 32, p. 797, 2011.

BRANDÃO, S. A. D. S. M. *et al.* Fatores associados à Infecção latente pelo Mycobacterium Tuberculosis em Profissionais de Saúde da Atenção Primária. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 31, p. e68910, dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html /visualizarNorma.html?ideNorma=365399&PalavrasDestaque=>. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf. Acesso em: 5 dez. 2023..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 19 nov. 2024.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 513–518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 12 maio 2024.

CAMPOS, R. L. D. O. *et al.* Humanização da assistência de enfermagem na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 5, p. e5036, nov., 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/5036>. Acesso em: 5 dez. 2023.

COSTA, M. A. R. *et al.* Admittance of Risk-Classified Cases: Assessment of Hospital Emergency Services. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ljd4rnYpP5rG67xppyVHxXc/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 5 dez. 2023.

COSTA, N. N. G. *et al.* #VACINAPARATODOS: sentidos atribuídos por brasileiros à primeira dose da imunização contra a covid-19 no Instagram. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 344–358, 2024. DOI: 10.29397/reciis.v18i2.3937. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3937>. Acesso em: 19 nov. 2024.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: WHITE, K. L.; FRANK, J. (Org.). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, (DC). 1992. 282-404.

INOUE, K. C. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Rev. Min. Enferm.**, v.19, n.1, p.13-20, jan/mar., 2015. Disponível em: https://issuu.com/fohium/docs/reme_19_01. Acesso em: 18 nov. 2024.

LACERDA, A. S. B. *et al.* Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1496–1503, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7jh9XPTXx3SPcvKFx9Bkh3f/?lang=en>. Acesso em: 5 dez. 2023.

LIMA, E. B. *et al.* Desafios enfrentados por enfermeiros da classificação de risco em urgência e emergência. **J Health NPEPS**. V.8, n.1, p.e10952, 2023.

MENDONÇA, A. R. *et al.* Competências do enfermeiro nos serviços de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2816–2824, 7 out. 2018.

MOLINA FILHO, E. T. *et al.* Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 31, p. e3418PT, 2023.

OLIVEIRA, J. L. C. de *et al.* Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: um estudo de metassíntese. **Ciênc. cuid. saúde**, v.15, n.2, p. 374–382, abr./jun., 2016.

OLIVEIRA, J. L. C. D. *et al.* User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XDNzyykJVC633PFp4zBYPVp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2023.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v.372, n.71, 2021.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Enfermagem em Foco**, v.7, p.52-56, 2016.

RATES, H.F. *et al.* The nursing work process in emergency triage. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.

ROSSANEIS, M. A. *et al.* Implantação do ACCR em hospital público de médio porte. **UNOPAR Cienct Ciênc Biol Saúde**. v.13, n.3, p.21-6, 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047715/bis-humanizacao-em-perspectiva-21-26.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2024.

SHIROMA, Lícia Mara Brito; DE PIRES, Denise Elvira Pires. Classificação de risco em emergência—um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 1, p. 14-17, 2011.

SOSTER, C. B. *et al.* Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise .

Revista Latino-americana De Enfermagem, v.30, e3511, 2022.

SOUSA, K. H. J. F. *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180263, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PX7vJwFyrRTsVm3jgMk8rRN/>>. Acesso em: 6 dez. 2023.

SOUSA, R. de; BUENO, C. D. F.; ARAÚJO, P. X. de. **Urgências e emergências pediátricas: clínicas e cirúrgicas**. São Luís: Editora Pascal, 2022.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=en#>. Acesso em: 18 nov. 2024.

TORRES, S. F. de S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 361–373, mar. 2015.

VERSA, G. L. G. DA S. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação da dimensão resultado na perspectiva de trabalhadores. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 85–92, 25 jul. 2016.

VERSA, G. L. G. D. S. *et al.* Assessment of user embracement with risk rating in emergency hospital services. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 21–28, set. 2014.

ZANELATTO, D. M.; PAI, D. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 358–365, set. 2010.