REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

# CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, FLUXO ASSISTENCIAL E FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE ESPERA EM UPAS PÚBLICAS BRASILEIRAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## RISK CLASSIFICATION, PATIENT FLOW, AND FACTORS ASSOCIATED WITH WAITING TIMES IN BRAZILIAN PUBLIC EMERGENCY CARE UNITS: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ciências da Saúde • 18/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794735751

Christiane de Souza Silva[1]

Ilka Luana Lima de Oliveira[2]

Ana Lúcia Mendes da Silva

Catarina Castelo Branco

**RESUMO**

Nas Unidades de Pronto Atendimento, a classificação de risco organiza a prioridade conforme a gravidade clínica. Este estudo objetivou analisar as relações entre a classificação de risco, o fluxo assistencial e o tempo de espera em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) públicas brasileiras, identificando estratégias de organização e fatores que favorecem ou limitam a aplicação e o funcionamento da classificação de risco. Trata-se de revisão integrativa, qualitativa e descritiva, com buscas nas bases SciELO e PubMed e no Google Acadêmico, realizadas entre fevereiro e agosto de 2026, considerando publicações de 2021 a agosto de 2026, em português, que resultaram na inclusão de seis artigos. Os resultados destacaram a contribuição da classificação de risco para a priorização clínica e a organização do fluxo assistencial, evidenciando que a literatura analisada aborda sua relação com o tempo de espera sob a ótica da priorização, do perfil da demanda, da estrutura e da percepção profissional, sem mensurar diretamente a redução do tempo de espera. Ao estabelecer prioridades conforme a gravidade, o protocolo orienta o atendimento mais rápido dos pacientes com maior urgência e define tempos recomendados para avaliação médica. Entretanto, a superlotação, as limitações estruturais, a disponibilidade de profissionais e as lacunas na capacitação podem dificultar o cumprimento desses tempos e a implementação consistente do protocolo. Os achados também reforçaram a importância da organização dos fluxos e da articulação com a rede de atenção. O enfermeiro destacou-se na avaliação clínica, identificação de prioridades, comunicação e acompanhamento dos pacientes, necessitando de condições adequadas de trabalho e apoio institucional. Conclui-se que a classificação de risco orienta o atendimento oportuno conforme a gravidade clínica, devendo sua aplicação estar associada à educação

permanente, à gestão dos fluxos e à disponibilidade de recursos. Recomendam-se pesquisas empíricas que mensurem diretamente os tempos de espera por nível de risco e etapa assistencial, considerando a segurança e a experiência dos usuários.
**Palavras-chave:** classificação de risco; unidades de pronto atendimento; tempo de espera; enfermagem; fluxo assistencial.

**ABSTRACT**

In Emergency Care Units, risk classification prioritizes care according to clinical severity. This study aimed to analyze the relationships among risk classification, patient flow, and waiting time in Brazilian public Emergency Care Units (UPAs), identifying organizational strategies and factors that facilitate or limit the application and operation of risk classification. An integrative literature review with a qualitative and descriptive approach was conducted through searches in SciELO, PubMed, and Google Scholar between February and August 2026, considering Portuguese-language publications from 2021 to August 2026, resulting in six included articles. The findings highlighted the contribution of risk classification to clinical prioritization and patient flow organization, clarifying that the reviewed studies examine its relationship with waiting time through prioritization, demand profile, structural conditions, and professional perception, rather than directly measuring waiting time reduction. By establishing priorities according to severity, the protocol guides more rapid care for patients with greater urgency and defines recommended times for medical assessment. However, overcrowding, structural limitations, staffing availability, and gaps in professional training may hinder compliance with these target times and the consistent implementation of the protocol. The findings also reinforced the importance of organizing patient flows and coordinating care across the healthcare network. Nurses played a

central role in clinical assessment, priority identification, communication, and patient monitoring, requiring adequate working conditions and institutional support. The review concludes that risk classification guides timely care according to clinical severity and that its implementation should be combined with continuing education, patient flow management, and adequate resources. Further empirical studies are recommended to directly measure actual waiting times by risk level and stage of care, while also considering patient safety and experience.
**Keywords:** risk classification; emergency care units; waiting time; nursing; patient flow.

## 1. INTRODUÇÃO

Antes da expansão das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os serviços hospitalares de urgência recebiam uma elevada demanda, o que evidenciava a necessidade de ampliar e organizar a assistência em outros pontos da rede. Nesse sentido, a implantação das UPAs foi fortalecida, no âmbito federal, pela Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008, que estabeleceu diretrizes para a organização desses serviços. Dessa forma, essas unidades passaram a integrar as estratégias de atendimento de complexidade intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar, com a finalidade de ampliar o acesso e reduzir a sobrecarga das urgências hospitalares (Brasil, 2008).

Nesse contexto, as UPAs funcionam de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, realizando o atendimento de pacientes com quadros agudos, a avaliação inicial e a estabilização dos casos que necessitam de assistência hospitalar. Além disso, sua organização deve ocorrer de maneira articulada com a Atenção Básica, o Serviço

de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e os hospitais de referência. Desse modo, a definição de fluxos de encaminhamento e a continuidade do cuidado constituem aspectos essenciais para a resolutividade do atendimento e para o funcionamento da rede de urgência e emergência (Brasil, 2021).

A elevada demanda e as limitações estruturais e organizacionais das UPAs podem gerar superlotação, sobrecarga das equipes e dificuldades no acolhimento. Esses fatores interferem nas condições de atendimento e na aplicação da classificação de risco, tornando necessária a análise conjunta dos fluxos assistenciais e dos recursos disponíveis (Sampaio et al., 2022).

Nesse contexto, a classificação de risco apresenta-se como uma ferramenta fundamental para a organização do fluxo assistencial e a priorização do atendimento de acordo com a gravidade clínica dos pacientes. Sua implementação nas UPAs, associada ao estabelecimento de protocolos e tempos de referência, permite uma melhor gestão dos recursos humanos e materiais e contribui para a sistematização da assistência, o monitoramento do desempenho das equipes e a melhoria da segurança e da qualidade do cuidado (Morais et al., 2021).

Entretanto, a elevada demanda por atendimentos nas UPAs públicas brasileiras, somada às dificuldades estruturais e operacionais, à sobrecarga dos profissionais e à necessidade de capacitação das equipes, pode comprometer a aplicação e o adequado funcionamento da classificação de risco. Esses fatores evidenciam a necessidade de compreender como sua implementação se relaciona com o tempo de espera, a organização dos serviços e a experiência dos usuários, ainda que a literatura nem

sempre mensure diretamente os tempos de atendimento. Diante disso, este estudo busca responder à seguinte questão: Quais relações entre a classificação de risco, o fluxo assistencial e o tempo de espera em UPAs públicas brasileiras são descritas na literatura?

Diante desse contexto, a organização do fluxo assistencial deve ser compreendida em conjunto com as condições estruturais e de trabalho das equipes. Nesse sentido, Sampaio et al. (2022) destacam que a elevada demanda, as limitações de recursos e as dificuldades de articulação entre os serviços interferem no acolhimento com classificação de risco. Dessa forma, a análise desses fatores contribui para compreender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e as condições em que ocorre a priorização do atendimento nas UPAs.

A relevância desta pesquisa está na necessidade de compreender as contribuições e as limitações da classificação de risco para a melhoria da qualidade da assistência nas UPAs, especialmente diante da crescente demanda nos serviços de urgência e emergência. O estudo poderá subsidiar o fortalecimento das práticas assistenciais, a organização dos fluxos de atendimento e o aperfeiçoamento das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na avaliação e priorização dos pacientes, contribuindo para uma assistência mais segura e eficiente.

Paralelamente, a temática abordada apresenta relação com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, voltado à saúde e ao bem-estar da população. Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (2015), por meio da Agenda 2030, estabelece na meta 3.8 a ampliação da cobertura universal de saúde e do acesso a serviços essenciais de qualidade. Dessa forma, a organização do atendimento nas UPAs, com acolhimento e classificação de risco,

pode contribuir para esse propósito ao orientar a prioridade assistencial conforme as necessidades clínicas dos pacientes. Desse modo, investigar as relações entre essa classificação, o fluxo assistencial e o tempo de espera relaciona-se à busca por uma assistência mais segura, resolutiva e humanizada nos serviços de urgência e emergência (Morais et al., 2021).

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, as relações entre a classificação de risco, o fluxo assistencial e o tempo de espera em UPAs públicas brasileiras, identificando as estratégias de organização do atendimento e os fatores que favorecem ou limitam a aplicação e o funcionamento da classificação de risco, com foco na relação com a espera e não na mensuração direta de sua redução. Especificamente, busca-se caracterizar a classificação de risco e os protocolos abordados nos estudos; identificar estratégias de triagem e organização do fluxo assistencial relacionadas à gestão do tempo de espera; analisar como essas estratégias e a demanda se articulam ao funcionamento dos serviços investigados; e compreender as dificuldades estruturais, organizacionais e de capacitação profissional que interferem na atuação do enfermeiro e na implementação da classificação de risco.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Classificação de Risco e Protocolos de Triagem em UPAs

A classificação de risco pode ser conceituada como um instrumento de organização do atendimento em serviços de urgência e emergência, utilizado para avaliar e priorizar os pacientes de acordo com a gravidade do quadro clínico, o sofrimento e o risco de vida do

indivíduo. Desse modo, seu objetivo é garantir que os casos mais graves tenham prioridade imediata, além de otimizar o fluxo de atendimento, melhorar a utilização dos recursos nas unidades e promover maior eficiência e humanização no cuidado prestado.

Nesse sentido, Silva et al. (2021) afirmam:

> *"Para a realização do pronto atendimento aos casos de urgência e emergência faz-se necessária uma triagem minuciosa, baseada em elementos palpáveis e documentáveis. A triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico implantado em todo o mundo para gerenciar o fluxo de pacientes com segurança" (Silva et al., 2021, p. 6).*

No Brasil, entre os protocolos utilizados nos serviços de urgência e emergência, destaca-se o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Nesse sentido, esse sistema utiliza cores que indicam o nível de prioridade e o tempo máximo recomendado para o atendimento, orientando a avaliação dos pacientes conforme a gravidade clínica. Além disso, a padronização da triagem contribui para a organização do fluxo assistencial e auxilia a equipe de enfermagem na definição das prioridades. Dessa forma, a aplicação do protocolo constitui um instrumento importante para a gestão do cuidado e para a segurança dos pacientes, desde que associada às condições necessárias para sua utilização (Morais et al., 2021).

Por conseguinte, o sistema de classificação Manchester utiliza uma estrutura padronizada baseada em cores que indicam diferentes níveis de prioridade e tempo máximo de espera para atendimento. Dessa forma, permite a rápida avaliação inicial e direciona o fluxo assistencial, contribuindo para maior segurança do paciente e

melhor gestão do serviço. Assim, o Quadro 1 apresenta as categorias de classificação e seus respectivos níveis de prioridade estabelecidos pelo protocolo.

**Quadro 1.** Classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester

| **Cor da Classificação** | **Nível de Prioridade** | **Tempo Máximo de Espera** | **Caracterização do Caso** |
|---|---|---|---|
| Vermelho | Emergência | Atendimento imediato | Paciente em situação crítica, com risco iminente de morte, necessitando intervenção imediata. |
| Laranja | Muito urgente | Até 10 minutos | Situação de alta prioridade clínica, que requer avaliação médica muito urgente. |
| Amarelo | Urgente | Até 60 minutos | Casos de gravidade moderada que necessitam de avaliação e intervenção relativamente rápida. |
| Verde | Pouco urgente | Até 2 horas | Situações de menor gravidade, nas quais o paciente pode aguardar por atendimento. |
| Azul | Não urgente | Até 4 horas | Problemas simples, sem risco imediato, podendo aguardar maior tempo para atendimento. |

**Fonte:** Adaptado de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2021) e Varginha (2023).

Conforme exposto no Quadro 1, o protocolo de Manchester representa um importante instrumento de organização da assistência em serviços de urgência e emergência. Entretanto, sua adequada aplicação e o funcionamento consistente do fluxo assistencial dependem diretamente da atuação capacitada dos profissionais e da estrutura do serviço de saúde. Dessa forma, essa ferramenta permite priorizar pacientes com maior gravidade e organizar a ordem de atendimento, mitigando riscos clínicos decorrentes da superlotação. Além disso, a elevada frequência de casos classificados como de baixa prioridade indica que muitos usuários buscam os serviços de urgência para demandas sensíveis à atenção primária, o que tensiona a capacidade operacional da unidade e a gestão da espera. Desse modo, além da aplicação rigorosa do protocolo, torna-se necessário fortalecer a rede de atenção à saúde e promover a orientação aos usuários sobre o funcionamento desses serviços.

Anziliero et al. (2016) distinguem o intervalo anterior à classificação de risco do tempo empregado na própria classificação. Essa distinção é útil para compreender os indicadores de fluxo: uma triagem breve não demonstra, por si só, que o atendimento médico será oportuno. Por se tratar de estudo em emergência hospitalar, publicado fora do recorte temporal desta revisão, essa referência é utilizada apenas como fundamentação conceitual, sem integrar a síntese dos seis estudos selecionados.

Paralelamente a isso, destaca-se que, segundo Ingielewicz et al. (2025), além do Manchester Triage System, existem outros protocolos internacionais utilizados na classificação de risco em serviços de urgência e emergência, como o Emergency Severity Index (ESI). Embora ambos tenham como finalidade organizar o

fluxo assistencial e priorizar pacientes conforme a gravidade clínica, apresentam diferenças metodológicas importantes relacionadas aos critérios de classificação, definição dos tempos de espera e lógica de funcionamento do processo de triagem. Nesse sentido, o Quadro 2 apresenta uma síntese comparativa das principais características entre esses dois sistemas.

**Quadro 2.** Características conceituais dos sistemas Manchester e Emergency Severity Index

| **Aspecto** | **Manchester Triage System (MTS)** | **Emergency Severity Index (ESI)** |
|---|---|---|
| Origem | Reino Unido, década de 1990 | Estados Unidos, final do século XX |
| Estrutura da triagem | Sistema estruturado em cinco categorias codificadas por cores | Sistema estruturado em cinco níveis numerados |
| Critérios de classificação | Fluxogramas conforme a queixa e discriminadores clínicos | Algoritmo que considera gravidade e recursos necessários |
| Parâmetros de tempo de espera | Estabelece tempos máximos de espera padronizados para todas as cinco categorias | Prioriza atendimento imediato nos níveis críticos, sem fixar tempos máximos padronizados para todas as categorias |
| Avaliação de recursos assistenciais | Não considera diretamente a necessidade de recursos diagnósticos ou terapêuticos | Avalia explicitamente a quantidade de recursos necessários ao atendimento |
| Foco operacional da triagem | Priorização clínica vinculada ao tempo-alvo para a primeira avaliação médica | Estratificação combinada de estabilidade clínica e previsão de recursos diagnósticos/terapêuticos |

**Fonte:** Adaptado de Ingielewicz et al. (2025).

A comparação conceitual não permite afirmar que um protocolo seja superior ou mais adequado a todas as UPAs brasileiras. A escolha e a aplicação do instrumento devem considerar o contexto assistencial, a capacitação da equipe e os recursos disponíveis. A definição de prioridades clínicas e a redução do tempo de espera são dimensões relacionadas, mas não equivalentes: a primeira organiza a ordem do cuidado, enquanto a segunda também depende da capacidade de resposta do serviço (Ingielewicz et al., 2025; Morais et al., 2021).

## 2.2. Tempo de Espera e Organização do Fluxo Assistencial nas UPAs

O tempo de espera é um indicador de acesso e de organização assistencial. É necessário explicitar seus marcos de início e término: tempo entre chegada e início da triagem, duração da classificação de risco e intervalo entre triagem e primeiro atendimento médico correspondem a medidas distintas. O tempo total até a avaliação médica não deve ser confundido com a permanência na unidade, que inclui outras etapas do cuidado. A Figura 1 apresenta o cálculo do tempo médio entre chegada e avaliação médica (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012).

**Figura 1.** Cálculo do tempo médio entre a chegada do paciente e a avaliação médica na emergência

$$\left( \sum \text{tempo (min) da chegada à avaliação médica} \Big/ \text{Nº de pacientes admitidos na emergência} \right)$$

**Fonte:** Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012).

Conforme a Figura 1, o cálculo do tempo médio entre o momento de chegada do paciente e a avaliação médica na emergência é realizado a partir do registro sistemático dos horários de cada etapa do atendimento no serviço de urgência. Dessa forma, inicialmente ocorre o registro do horário de chegada do paciente à unidade, ou no momento de abertura da ficha de atendimento. Por conseguinte, após a triagem ou classificação de risco realizada pela equipe de enfermagem, é registrado o horário em que ocorre o primeiro atendimento médico. A diferença entre os dois registros corresponde ao tempo de espera individual de cada paciente. Em seguida, somam-se os tempos de espera individuais e divide-se o resultado pelo número de atendimentos considerados no mesmo período, obtendo-se o tempo médio de espera. Esse processo permite monitorar o funcionamento do fluxo assistencial e identificar possíveis gargalos no atendimento em serviços de urgência e emergência (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012).

A avaliação direta da espera exige indicadores com início e término claramente definidos, além de registros cronológicos completos. O acompanhamento por nível de prioridade permite verificar se o atendimento ocorre em tempo oportuno, sem confundir a duração da classificação com o intervalo até a avaliação médica (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012; Anziliero et al., 2016). Cabe ressaltar que, na literatura nacional sobre UPAs, muitos estudos analisam a relação com o tempo de espera de forma indireta — examinando a priorização clínica, o volume da demanda, a estrutura física ou a percepção dos profissionais — sem mensurar empiricamente os intervalos cronológicos ou testar intervenções voltadas à redução da espera.

### 2.3. Estratégias de Implementação da Classificação de Risco em UPAs Públicas

A implementação da classificação de risco envolve capacitação, definição de responsabilidades e organização dos fluxos de atendimento. Oliveira et al. (2013) abordam as repercussões do acolhimento com classificação de risco sobre o trabalho dos profissionais e apontam a importância das condições estruturais e de pessoal. Essa literatura subsidia a compreensão do processo de implantação e é utilizada como referência contextual, fora do conjunto de estudos analisados nos resultados.

A comunicação com os usuários também integra o acolhimento. Explicar que a prioridade depende da gravidade clínica ajuda a tornar compreensível a organização do atendimento e permite discutir as expectativas em relação à espera. A percepção dos usuários deve ser considerada na avaliação do serviço, em conjunto com as condições de acesso e a continuidade do cuidado (Oliveira et al., 2017).

Prudêncio et al. (2016) identificam dificuldades estruturais e insuficiência de informação dos usuários sobre o acolhimento com classificação de risco. Esses aspectos reforçam a importância de orientar a população sobre as prioridades assistenciais e de oferecer condições adequadas para a avaliação pelo enfermeiro. O estudo é empregado como apoio conceitual à implementação, sem ser contabilizado entre os seis estudos da revisão.

A articulação entre UPA e Atenção Primária à Saúde (APS) integra a organização do cuidado. O estudo de Bandeira et al. (2025), incluído

na síntese desta revisão, contribui para discutir as relações entre acesso, encaminhamento e continuidade assistencial.

### 2.4. Relações da Classificação de Risco com a Experiência do Paciente e a Organização do Serviço

A classificação de risco define a prioridade no momento da avaliação. A experiência do usuário também depende da comunicação, das condições de acolhimento e das possibilidades de acesso aos demais serviços da rede (Oliveira et al., 2017).

A organização assistencial requer conhecer tanto o perfil clínico da demanda quanto as condições em que os usuários procuram atendimento. Esses componentes são examinados na seção de resultados, distinguindo evidências primárias de sínteses de literatura.

A avaliação de estratégias de gestão deve relacionar os processos de trabalho aos resultados efetivamente medidos. Nesta revisão, a organização do fluxo é discutida como condição do atendimento, sem presumir que melhorias organizacionais equivalham a redução comprovada do tempo de espera.

### 2.5. Desafios e Limitações na Aplicação da Classificação de Risco

A integração insuficiente entre os pontos da rede dificulta a continuidade do cuidado e a organização da demanda. A procura por uma UPA deve ser compreendida também à luz das condições de acesso à APS e da percepção de resolutividade dos usuários. A classificação de risco identifica a prioridade no momento da avaliação, mas não demonstra, isoladamente, que a busca pelo

serviço foi inadequada ou que o usuário poderia ter obtido atendimento em outro local (Bandeira et al., 2025).

Sampaio et al. (2022) descrevem desafios relacionados à demanda, à informação, ao atendimento e à organização das unidades. A sobrecarga, as condições de trabalho e as dificuldades de encaminhamento interferem no acolhimento e exigem respostas institucionais. A qualificação da triagem deve, portanto, ser acompanhada por melhorias na estrutura, no dimensionamento das equipes e na articulação da rede.

## 3. METODOLOGIA

### 3.1. Tipo E Procedimentos da Revisão

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e natureza descritiva. Esse tipo de revisão é amplamente utilizado na área da saúde, pois possibilita reunir, sintetizar e interpretar evidências científicas provenientes de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, sejam eles qualitativos ou quantitativos, permitindo uma compreensão mais ampla do fenômeno investigado.

A escolha da revisão integrativa justifica-se pela possibilidade de reunir e analisar estudos com diferentes delineamentos metodológicos sobre a classificação de risco no contexto das UPAs públicas brasileiras. Esse método permite compreender como a literatura descreve a relação da classificação de risco com o tempo de espera, mesmo quando os estudos abordam priorização, demanda, estrutura ou percepção profissional sem medir diretamente a redução do tempo, bem como identificar as estratégias de organização do fluxo assistencial e os fatores

estruturais, organizacionais e de capacitação profissional que favorecem ou limitam a aplicação e o funcionamento da classificação de risco.

A revisão foi orientada pela seguinte questão norteadora: “Quais relações entre a classificação de risco, o fluxo assistencial e o tempo de espera em UPAs públicas brasileiras são descritas na literatura?”

O desenvolvimento da revisão seguiu um processo estruturado, que incluiu a definição do problema de pesquisa, a partir da formulação da questão norteadora, seguida do estabelecimento dos critérios de elegibilidade para os estudos, considerando período de publicação, idioma, disponibilidade do texto completo e relevância para o tema investigado.

Em seguida, foram realizadas as etapas de busca e identificação dos estudos, nas fontes de informação selecionadas, utilizando termos de busca específicos e operadores booleanos para refinar os resultados. Após a identificação, procedeu-se à seleção e organização dos estudos, por meio da leitura de títulos, resumos e textos completos, visando identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, e organizar as informações relevantes para análise.

Por fim, realizou-se a síntese descritiva e a interpretação dos achados, considerando os aspectos relacionados ao tempo de espera, à organização do fluxo assistencial e às dificuldades de implementação da classificação de risco. A análise buscou identificar convergências e diferenças entre os estudos, com atenção às condições de atuação do enfermeiro e aos fatores que favorecem ou limitam a aplicação e o funcionamento da classificação de risco. A

síntese distinguiu explicitamente a discussão sobre processos organizacionais, demanda e percepção profissional da mensuração direta do tempo de espera, considerando separadamente a contribuição da revisão de literatura e das pesquisas primárias.

### 3.2. Estratégias de Busca

A busca de estudos foi realizada nas bases de dados SciELO e PubMed e no mecanismo de busca Google Acadêmico, com o objetivo de identificar publicações relevantes sobre classificação de risco, fluxo assistencial, tempo de espera e organização do atendimento no contexto das UPAs públicas brasileiras.

Os termos de busca utilizados foram “classificação de risco”, “tempo de espera”, “UPA”, “eficiência do atendimento” e “segurança do paciente”, combinados por operadores booleanos (especialmente AND) de forma adaptada a cada fonte de informação para refinar os resultados e identificar estudos pertinentes.

As buscas foram realizadas e atualizadas entre fevereiro e agosto de 2026, considerando publicações de 2021 a agosto de 2026 que abordassem a aplicação e a implementação da classificação de risco em UPAs públicas brasileiras e serviços públicos de urgência correlatos.

### 3.3. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos

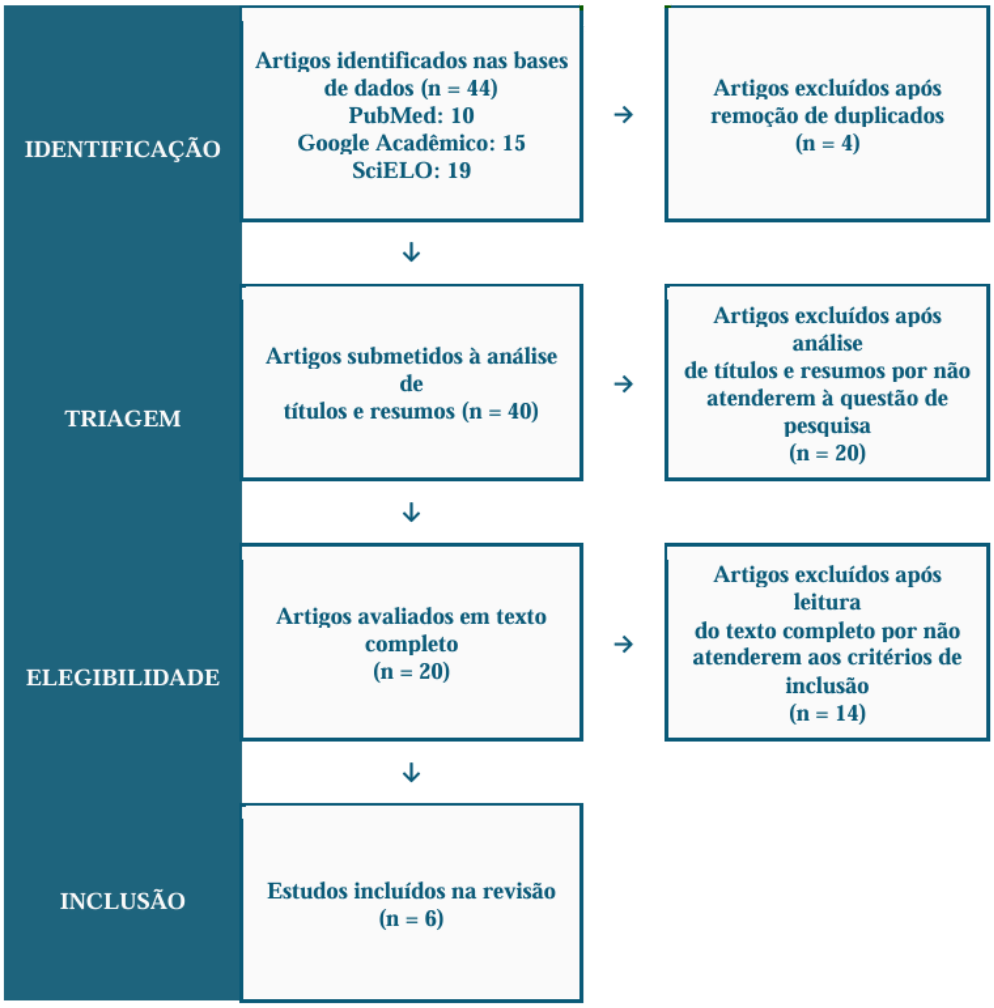
Foram incluídos artigos científicos originais e de revisão publicados em língua portuguesa, entre 2021 e agosto de 2026, disponíveis na íntegra e com abordagem qualitativa, quantitativa ou mista, que analisassem a classificação de risco em sua relação com o fluxo assistencial, o tempo de espera ou a organização do atendimento

em UPAs públicas brasileiras. Estudos desenvolvidos em serviços públicos de urgência foram considerados elegíveis quando voltados diretamente à atuação e à capacitação do enfermeiro na classificação de risco, fundamentando aspectos profissionais e organizacionais pertinentes às UPAs sem atribuir a esses serviços desfechos de redução de tempo não mensurados nas fontes.

Foram excluídos estudos que não apresentassem relação direta com o tema, teses e dissertações, publicações duplicadas, trabalhos indisponíveis em texto completo ou fora do período definido, e materiais sem caráter científico, como textos opinativos, resumos simples ou documentos sem revisão editorial.

O processo de seleção está apresentado na Figura 2.

**Figura 2.** Fluxograma da seleção dos estudos




**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2026).

## 4. RESULTADOS

A partir da análise dos artigos selecionados, os resultados foram organizados e apresentados de maneira descritiva, considerando os pontos de convergência observados entre os estudos. Inicialmente, é realizada a caracterização dos seis trabalhos incluídos na revisão, que abordam a classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) públicas brasileiras e em serviços públicos de urgência. Em seguida, os achados foram organizados segundo quatro eixos temáticos: desafios estruturais e organizacionais no acolhimento com classificação de risco; perfil da demanda nas UPAs; estratégias de gestão e organização do fluxo assistencial; e capacitação profissional e desafios na atuação do enfermeiro. Nesses eixos, analisa-se a relação da classificação de risco com o tempo de

espera, sob a perspectiva da priorização conforme a gravidade clínica, do perfil da demanda, da estrutura e da percepção profissional, uma vez que os estudos incluídos não mediram diretamente o tempo de espera nem testaram intervenções para sua redução, bem como os fatores que favorecem ou limitam a aplicação e a implementação do protocolo e as estratégias discutidas para organizar o fluxo assistencial.

**Quadro 3.** Síntese dos estudos selecionados

| **Estudo** | **Objetivo e contexto** | **Método** | **Principais achados e alcance** |
|---|---|---|---|
| Sampaio et al. (2022) | Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. Quatro UPAs do Centro-Norte de Goiás. | Qualitativo, com enfermeiros; coleta entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020. | Dificuldades de demanda, informação, atendimento e organização. Não mede redução do tempo de espera. |
| Cheffer et al. (2022) | Classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento. Caracterizar a demanda de uma UPA de Cascavel/PR. | Descritivo quantitativo; registros de 82.365 atendimentos em 2019. | Predomínio de classificações de menor urgência. Caracteriza a demanda; não testa intervenção sobre a espera. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Moraes et al. (2022) | Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa. Motivos de procura por usuários não urgentes. | Revisão integrativa de seis estudos; busca na PubMed, BVS e Google Acadêmico. | Fatores dos usuários e dos serviços ajudam a contextualizar a demanda. Evidência secundária; não mede redução da espera. |
| Sampaio et al. (2023) | Qualidade do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência. Avaliar quatro UPAs do Centro-Norte de Goiás. | Exploratório quantitativo; instrumento de avaliação aplicado a 31 enfermeiros. | Avaliação global precária em estrutura, processo e resultado. Mede percepção da qualidade, sem estimar redução da espera. |
| Possmoser et al. (2025) | Conhecimento e capacitação para atendimento em classificação de risco: percepção dos enfermeiros. Serviços públicos de urgência. | Qualitativo; 16 enfermeiros, conforme descrição da fonte; entrevistas em novembro–dezembro de 2024; análise de conteúdo. | Lacunas de capacitação, pressão dos usuários e limitações estruturais. Síntese qualitativa, diante de inconsistências entre percentuais e amostra informada. |
| Bandeira et al. (2025) | Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Primária à Saúde: uma integração possível. Três Rios/RJ. | Pesquisa descritiva com métodos qualitativos e quantitativos; cinco gestores, 283 usuários e dados de produção. | Fragilidades na integração assistencial. Fundamenta a organização do fluxo, sem testar redução da espera. |

**Fonte:** Elaborado pelas autoras com base nos seis artigos incluídos (2026).

### 4.1. Desafios Estruturais e Organizacionais no Acolhimento com Classificação de Risco

Sampaio et al. (2022) evidenciam que o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em UPAs é marcado por elevada demanda e superlotação, associadas ao grande número de pacientes de baixa complexidade, o que compromete o tempo de atendimento e a humanização da assistência. Os resultados também apontam a insuficiência de informação da população sobre o funcionamento do ACCR, gerando incompreensão, insatisfação e dificuldades na aceitação das prioridades. Nesse contexto, destacam-se entraves relacionados ao atendimento, como interferência de acompanhantes e demora no atendimento médico, além de fragilidades organizacionais, condições inadequadas de trabalho, insegurança e ausência de protocolos de referência e contrarreferência, impactando a organização do serviço.

Sampaio et al. (2023) evidenciam que a avaliação do acolhimento com classificação de risco em quatro UPAs do Centro-Norte de Goiás, com participação de 31 enfermeiros, apresentou predomínio de classificação precária nas dimensões estrutura, com pontuação média (PM) de 24,98, processo (PM=24,80) e resultado (PM=25,45), embora um serviço específico tenha alcançado nível satisfatório em processo (PM=26,83) e resultado (PM=26,52). Os achados indicam baixos escores em treinamentos periódicos, com ranking médio de todos os participantes (RMT) de 1,87, conhecimento de condutas (RMT=2,37), reavaliação dos casos em espera (RMT=2,67) e contrarreferência (RMT=2,97), enquanto itens como priorização de

casos graves (RMT=4,48), segurança do usuário (RMT=4,80) e informação sobre tempo de espera (RMT=4,16) apresentaram maior concordância, demonstrando variação no desempenho entre os componentes do ACCR.

### 4.2. Perfil da Demanda nas UPAs

Cheffer et al. (2022) analisaram 82.365 atendimentos realizados em 2019 em uma UPA de Cascavel, no oeste do Paraná. Os autores relataram 60,3% de classificações verdes e 74,3% de atendimentos nas categorias verde e azul, consideradas pouco urgentes e não urgentes. O estudo caracteriza o perfil da demanda e discute sua relação com a atenção básica, mas não avalia uma intervenção de redução do tempo de espera. A presença de casos de menor urgência deve ser interpretada em conjunto com o acesso à rede, sem atribuir automaticamente inadequação à procura individual pelo serviço.

### 4.3. Estratégias de Gestão e Organização do Fluxo Assistencial

Bandeira et al. (2025) investigaram a integração entre UPA e APS em Três Rios/RJ, mediante entrevistas com cinco gestores, survey com 283 usuários e dados de produção. Encontraram fragilidades de acesso, fluxos pouco definidos e falta de comunicação entre sistemas de informação. O trabalho fundamenta a discussão da organização da rede; não testa o efeito da classificação sobre a espera.

Moraes et al. (2022) sintetizaram seis estudos em uma revisão integrativa sobre os motivos da procura por UPAs entre usuários classificados como não urgentes. Identificaram fatores relacionados à percepção dos usuários e à estrutura e ao funcionamento dos

serviços. Essa evidência secundária contextualiza a demanda e não oferece estimativa de redução do tempo de espera.

### 4.4. Capacitação Profissional e Desafios na Atuação do Enfermeiro

Possmoser et al. (2025) investigaram a formação e a capacitação de enfermeiros de serviços públicos de urgência, com entrevistas realizadas entre novembro e dezembro de 2024 e análise de conteúdo. O estudo descreve 16 participantes e identifica lacunas na capacitação, pressão dos usuários, limitações estruturais e dificuldades na aplicação da classificação de risco. A síntese aqui apresentada privilegia os achados qualitativos, pois alguns percentuais da caracterização publicados na fonte não são diretamente compatíveis com o número de participantes informado. O trabalho não mede redução do tempo de espera, mas aponta condições profissionais que podem interferir na implementação dos protocolos.

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1. Desafios Estruturais e Organizacionais no Acolhimento com Classificação de Risco

A análise das barreiras operacionais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) revela uma convergência teórica entre Sampaio et al. (2023) e Sampaio et al. (2022) ao caracterizarem o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como um dispositivo tensionado pela superlotação crônica. Dessa forma, a justificativa central para as fragilidades encontradas reside na desarticulação entre a estrutura física e a organização do serviço, onde o excesso de pacientes de baixa complexidade compromete a

humanização da assistência. Além disso, Sampaio et al. (2022) enfatizam que a escassez de informações à população gera uma barreira cultural que dificulta a aceitação das prioridades clínicas. Paralelamente a isso, o estudo de Sampaio et al. (2023) quantifica essa precariedade ao demonstrar escores baixos em dimensões fundamentais de estrutura e processo (PM=24,98 e PM=24,80, respectivamente). Entretanto, o estudo também aponta que, apesar das condições adversas, os profissionais relatam priorização de casos graves (RMT=4,48), indicando avaliação favorável desse item pelos profissionais. Por conseguinte, a literatura converge para a necessidade urgente de protocolos de referência e contrarreferência para mitigar o impacto na organização do serviço.

### 5.2. Perfil da Demanda e Articulação com a Rede de Atenção

O perfil de menor urgência descrito por Cheffer et al. (2022) deve ser interpretado em conjunto com as condições de acesso. A síntese de Moraes et al. (2022) amplia essa discussão ao reunir explicações relacionadas aos usuários e aos serviços. Sua contribuição é interpretativa: não permite atribuir uma fração da espera a cada fator nem concluir que toda procura de baixa urgência seja inadequada.

### 5.3. Estratégias de Gestão e Organização do Fluxo Assistencial

A integração assistencial descrita por Bandeira et al. (2025) indica que a gestão do fluxo envolve também as relações entre os serviços da rede. A definição da prioridade na triagem não assegura, isoladamente, capacidade operacional para atender essa prioridade dentro dos tempos recomendados. Assim, os achados sustentam o planejamento de fluxos e a avaliação do acesso na relação com a

espera, mas não avaliam intervenções destinadas a encurtar o tempo de atendimento. Esta revisão analisa, portanto, os condicionantes organizacionais da espera, sem dispor de comparação empírica que permita atribuir redução de tempo ao protocolo.

### 5.4. Capacitação Profissional e Desafios na Atuação do Enfermeiro

A adequada aplicação dos protocolos de triagem encontra um limite crítico na formação profissional, conforme analisado por Possmoser et al. (2025). A justificativa central deste eixo reside no fato de que a precariedade estrutural é agravada por uma lacuna de conhecimento técnico-formal, com relatos de insuficiência de capacitação específica. Dessa forma, a falta de treinamento periódico compromete a uniformidade e a consistência na implementação da classificação de risco. Paralelamente a isso, o estudo revela que a sobrecarga de trabalho e as limitações estruturais dificultam o funcionamento cotidiano dos protocolos. Por sua vez, enquanto os autores anteriores focam na estrutura física e na rede, Possmoser et al. (2025) destacam o fator humano e a educação permanente. Por conseguinte, a análise indica que, sem suporte institucional para a capacitação, a operacionalização consistente da classificação de risco pode ser comprometida.

A interpretação dos achados deve considerar a heterogeneidade dos delineamentos, a abrangência de um estudo para serviços públicos de urgência e a inclusão de uma revisão integrativa entre os seis estudos selecionados. Ressalta-se que evidências sobre priorização, perfil de demanda, condições estruturais e percepção profissional permitem compreender a relação da classificação de risco com a

espera, mas não equivalem à mensuração direta do tempo de espera nem demonstram sua redução. Ademais, a adaptação das combinações de descritores entre as diferentes fontes de busca e o recorte exclusivo em língua portuguesa constituem limitações metodológicas que restringem a generalização dos resultados e impedem a atribuição de efeitos causais à classificação de risco.

## 6. CONCLUSÃO

A análise dos estudos destaca a contribuição da classificação de risco para a priorização clínica e a organização do fluxo assistencial nas UPAs públicas brasileiras. Ao estabelecer prioridades conforme a gravidade, o protocolo orienta o atendimento mais rápido dos pacientes que necessitam de intervenção imediata ou muito urgente. Sua aplicação e seu adequado funcionamento, entretanto, dependem das condições operacionais do serviço, pois a superlotação, a disponibilidade de profissionais e as limitações estruturais podem dificultar o cumprimento dos tempos recomendados.

Os achados evidenciam que a literatura analisada aborda o tempo de espera sob a perspectiva de sua relação com a priorização clínica, o perfil da demanda, a estrutura das unidades e a percepção dos profissionais, sem mensurar diretamente a redução do tempo de espera. Nesse sentido, a gestão da espera envolve tanto a implementação da classificação de risco quanto a capacidade de resposta da unidade e a articulação com a rede de atenção, exigindo medidas de organização dos fluxos, adequação de recursos e reavaliação dos pacientes que aguardam atendimento.

Nesse processo, o enfermeiro desempenha papel central na avaliação clínica, na identificação de prioridades, na comunicação com os usuários e no acompanhamento dos pacientes que aguardam atendimento. Entretanto, a sobrecarga assistencial, as limitações estruturais e as lacunas na capacitação podem dificultar sua atuação. O predomínio de demandas de menor urgência também reforça a necessidade de articulação com a Atenção Primária à Saúde, considerando as condições de acesso da população aos diferentes serviços.

Conclui-se que a classificação de risco constitui um instrumento essencial para organizar o fluxo assistencial e orientar a prioridade de atendimento conforme a gravidade clínica. Sua implementação consistente deve estar associada à educação permanente, ao suporte institucional e à gestão dos fluxos internos e interinstitucionais, favorecendo o cumprimento dos tempos recomendados e a segurança dos pacientes. Diante da escassez de mensuração direta da espera nos estudos incluídos, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas primárias e longitudinais que meçam efetivamente os tempos observados por nível de risco e por etapa do atendimento, articulando indicadores cronológicos às condições de funcionamento das unidades e à experiência dos usuários.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Tempo de espera na urgência e emergência (Indicador E-ACE-02). Brasília, DF: ANS, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-

dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ace-02.pdf. Acesso em: 16 mar. 2026.

ANZILIERO, Franciele; DAL SOLER, Bárbara Elis; SILVA, Bárbara Amaral da; TANCCINI, Thaíla; BEGHETTO, Mariur Gomes. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e64753, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.64753. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZPt8CVtgXpftkT7MszL8KtP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 19 jan. 2026.

BANDEIRA, Romero Chartuni; BASTOS, Ronaldo Rocha; CAMPOS, Estela Marcia Saraiva; O'DWYER, Gisele. Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Primária à Saúde: uma integração possível. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9543, 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251459543P. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2025.v49n145/e9543/pt. Acesso em: 16 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008.html. Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Programa arquitetônico mínimo: Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h. Versão 3.0/2021. Brasília, DF: Ministério da

Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/arquivos/2021/programa-arquitetonico-minimo-upa-24-h-versao-3-0_2021.pdf. Acesso em: 15 ago. 2026.

CHEFFER, Maycon Hoffmann; FERNANDES, Grasiele Raffaelli; CASAGRANDE, Janaine Parolin; CAMPOS, Terezinha Aparecida; ROMERO, Betina Kromann; BUSETTI, Ityara Cristina; SILVA, Gilson Fernandes da; OLIVEIRA, Rafaela Bramatti Silva Razini. Classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento. Revista Cereus, v. 14, n. 2, p. 252–262, 2022. DOI: 10.18605/2175-7275/cereus.v14n2p252-262. Disponível em: https://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3754. Acesso em: 7 mar. 2026.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Você sabe o que é classificação de risco? Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB-UFCG), 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco. Acesso em: 11 mar. 2026.

INGIELEWICZ, Anna; SZARAFIŃSKA, Marzena; GREŠNER, Petra M.; RYCHLIK, Piotr; ZAJĄC, Maciej; BIELICKI, Szymon; STOLAREWICZ, Tomasz; SIEMIŃSKI, Mariusz. Comparative evaluation of the Manchester Triage System and emergency severity index in predicting critical events in the emergency department. BMC Emergency Medicine, Londres, v. 25, art. 263, 2025. DOI: 10.1186/s12873-025-01420-8. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12873-025-01420-8. Acesso em: 11 mar. 2026.

MORAES, Marina Guimarães Matola de; SILVA, Gabrielle Lucas da; CASTRO, Renata Rodrigues Teixeira de; MORENO, Adalgiza Mafra; CARVALHO, Rúbia Walquíria de; LIMA, Raphael Coelho de Almeida; CASTRO, Roberta Rodrigues Teixeira de. Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa. Revista Neurociências, v. 30, p. 1–18, 2022. DOI: 10.34024/rnc.2022.v30.13971. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/13971. Acesso em: 20 ago. 2026.

MORAIS, Laryssa de Farias; ARRUDA, Carla Barbosa; XAVIER, Amanda Tavares; CABRAL, João Victor Batista. O protocolo de Manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, Uberaba, v. 10, n. 1, e202108, 2021. DOI: 10.18554/reas.v10i1.4210. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4210/pdf. Acesso em: 11 mar. 2026.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; GATTI, Ana Paula; BARRETO, Mayckel da Silva; BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; GÓES, Herbert Leopoldo de Freitas; MATSUDA, Laura Misue. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 26, n. 1, e0960014, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017000960014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014. Acesso em: 21 mar. 2026.

OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de; AMORIM, Kalianny Kadidja Polline Soares; FERNANDES, Ana Paula Nunes de Lima; MONTEIRO, Akemi Iwata. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. REME: Revista Mineira de

Enfermagem, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 157–164, 2013. DOI: 10.5935/1415-2762.20130013. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50258. Acesso em: 21 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. [S. l.]: ONU, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentável. Acesso em: 15 ago. 2026.

POSSMOSER, Windson Martins; MEIRELES, Viviani Camboim; MAI, Lilian Denise; KUVABARA, Larissa Face; OHTA, Andressa Aya; GOES, Herbert Leopoldo de Freitas. Conhecimento e capacitação para atendimento em classificação de risco: percepção dos enfermeiros. Revista DELOS, Curitiba, v. 18, n. 68, e5661, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n68-162. Disponível em: https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/5661. Acesso em: 20 ago. 2026.

PRUDÊNCIO, Celine Pinheiro Gordo; MONTEIRO, Rosilene Azeredo do Nascimento; RIBEIRO, Bruna Cristina Martins; GOMES, Mireli Silotti Mastelo; MANHÃES, Letycia Sardinha Peixoto. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1–10, 2016. DOI: 10.18471/rbe.v30i2.14917. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917. Acesso em: 20 ago. 2026.

SAMPAIO, Raiane Antunes; GOMES, Bruna Lauanne Borges Dias; FARIA, Luciana Otoni De; RODRIGUES, Adelmo Martins; NUNES,

Fernanda Costa; NAGHETTINI, Alessandra Vitorino; CARVALHO, Bianca Fachetti. Qualidade do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência. Revista Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 12, n. 3, e2023102, 2023. DOI: 10.18554/reas.v12i3.6499. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/c67b/22e6bd290872b0ee105ddb5daa246f0f4a3e.pdf. Acesso em: 7 mar. 2026.

SAMPAIO, Raiane Antunes; RODRIGUES, Adelmo Martins; NUNES, Fernanda Costa; NAGHETTINI, Alessandra Vitorino. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 27, e80194, 2022. DOI: 10.5380/ce.v27i0.80194. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/bnNhWnMjpHvfRmF5PmWggTL/?format=html&lang=pt. Acesso em: 7 mar. 2026.

SILVA, João Felipe Tinto; SOUSA, Kaline Oliveira de; SANTOS, Allan Bruno Alves de Sousa; GUEDES, Thiemmy de Souza Almeida; COSTA, Ana Kélha Oliveira da; CARNEIRO, Bruna Rafaela. A enfermagem diante da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. Revista de Casos e Consultoria, v. 12, n. 1, e26174, 2021. Disponível em: https://www.periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26174/14639. Acesso em: 11 mar. 2026.

VARGINHA. Prefeitura Municipal. Protocolo de Manchester. Varginha: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: https://www.varginha.mg.gov.br/portal/noticias/0/3/7323/protocolo-de-manchester. Acesso em: 15 ago. 2026.

[1] Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Raimundo Marinho - FRM, Maceió - AL.

[2] Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Raimundo Marinho - FRM, Maceió - AL.