

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO  
ATENDIMENTO (UPA): UMA ABORDAGEM EDUCATIVA**

**CAMILA SOARES MOTTA CELESTINO<sup>1</sup>; KEROLLYN MARQUES DA CRUZ<sup>1</sup>;  
PAMELA CRISTINA ROCHA TOSTES<sup>1</sup>; LEILA CHEVITARESE<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, Duque de Caxias, RJ. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNIGRANRIO, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

<sup>2</sup> Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, Duque de Caxias, RJ. Membro do NDE de Enfermagem. Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNIGRANRIO.

**RESUMO**

Este trabalho teve origem a partir da experiência de uma das pesquisadoras que trabalha em uma unidade de pronto atendimento, onde a mesma percebeu que os pacientes questionam o papel do acolhimento e da classificação de risco na definição da prioridade do atendimento, ficam muito insatisfeitos e se sentem prejudicados. O objetivo da presente pesquisa é compreender quais motivos levam as pessoas a questionar a classificação de risco no atendimento de serviços de urgência/emergência. A pesquisa foi realizada através de uma entrevista com questionário semiestruturado contendo perguntas abertas e fechadas, para avaliar o conhecimento sobre o assunto abordado e responder ao objetivo proposto.

**DESCRIPTORIOS:** Acolhimento, Educação em Saúde, Triagem, Urgência e Emergência

**ABSTRACT**

This work originated from the experience of one of the researchers working on a drive emergency care, where it realized that patients question the role of host and risk classification in defining the priority of care, are very unhappy and They feel hurt. The purpose of this research is to understand what reasons lead people to question the risk assessment in the care of urgency / emergency services. The survey was conducted through an interview with semi-structured questionnaire with open and closed questions to assess knowledge about the subject matter and respond to the proposed objective.

**DESCRIPTORS:** Greeting, Health Education, Sorting, Urgent and Emergency

## INTRODUÇÃO

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde (MS) propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da classificação de risco. De acordo com a portaria, este processo, deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, após treinamento específico e utilizando-se de protocolos preestabelecidos pela unidade de saúde, tendo como objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos indivíduos, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002). Embora o Ministério da saúde disponha que qualquer profissional de saúde treinado possa realizar a “triagem classificatória de risco” no Município do Rio de Janeiro, e em todo o território nacional, tal procedimento é realizado pelo enfermeiro, tido como o profissional mais adequado para tal função por ser detentor dos conhecimentos teóricos e práticos necessários para o trabalho.

Os objetivos gerais do acolhimento e classificação de risco são: humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência; classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de urgência/emergência; e construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde. O mesmo é realizado através do emprego de cores que dispõe sobre a gravidade do caso e a ordem de prioridade em que ocorrerá o atendimento, sendo, VERMELHO: situação aguda ou crônica agudizada; Condutas possíveis: Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa. AMARELO: atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência. VERDE: atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial.

O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve. AZUL: situação não aguda; condutas possíveis: orientação específica, encaminhamento para unidade básica de saúde, podendo o mesmo ser atendido na UPA, após os demais pacientes, classificados como vermelho, amarelo e verde. (BRASIL, 2012.).

Existe nas emergências grande quantidade de pacientes classificados como Azul, que como o protocolo descreve podem ser encaminhados para atendimento em unidades básicas de saúde ou somente serão atendidos após os demais pacientes, ocasionando um longo tempo de espera que desencadeia grande insatisfação dos usuários, que questionam a ordem de atendimento. É de suma importância que todo paciente que procurar os serviços de urgência/emergência passe por uma adequada avaliação profissional antes de ser referenciado para outro serviço de saúde. Os usuários do serviço de saúde tem participação no processo de acolhimento e classificação de risco, devendo estar atentos ao sofrimento físico, psíquico e social e vulnerabilidade dos demais usuários, para adequada compreensão da verdadeira ordem de atendimento (BRASIL, 2009).

A necessidade de realização da classificação de risco foi implantada pelo Ministério da Saúde de forma a realizar previamente o acolhimento humanizado, onde não mais se atende por ordem de chegada, mas pelo uso de tal classificação que é tida como uma necessidade para organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada do serviço urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado para toda população. Tal procedimento, evita o agravamento dos que estão em condições agudas de saúde prevenindo graves prejuízos à saúde dos pacientes, o que nos remete ao motivo de nossa pesquisa, que visa compreender o porquê da população questionar essa ordem de atendimento, presa ainda ao antigo modelo estabelecido pelos serviços de saúde. Mais que o cumprimento de uma lei elaborada pelo Ministério da Saúde, a classificação de risco garante os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que são equidade, integralidade e universalidade.

O presente trabalho surgiu da vivência de uma das pesquisadoras que trabalha em uma Unidade de Pronto Atendimento e lida diariamente com o conflito oriundo da chegada do paciente à Unidade de Pronto Atendimento e o tempo que demanda para o seu atendimento, vendo em alguns momentos pessoas que chegaram após ele serem atendidos na sua frente.

Outra questão é o fato de qualquer estabelecimento de saúde que atua como porta de entrada para o sistema ter que fazer valer as diretrizes do SUS, dentre elas podemos citar a universalidade, equidade, integralidade e o controle social que significa dizer, tornar o usuário

coparticipante da construção de situações que façam valer tais diretrizes. Torna-se compromisso que o profissional de saúde em formação ou formado, resolver conflitos. Dessa forma o presente trabalho justifica-se com base no compromisso profissional e ético, a fim de melhorar o atendimento na Unidade de Pronto Atendimento e permitir melhor qualidade de vida para pacientes e funcionários.

## **OBJETIVO**

Os objetivos do presente trabalho são conhecer o conhecimento dos usuários dos serviços de urgência e emergência a cerca do acolhimento e da classificação de risco, compreender quais motivos levam as pessoas a questioná-los e atuar de forma a oferecer esclarecimentos quando detectada alguma necessidade.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem quanti-qualitativa, que foi realizado por acadêmicas do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy- UNIGRANRIO, orientadas por um professor. O estudo descritivo procura explorar situações referentes à uma determinada população, utilizando uma coleta de dados para posterior análise (GIL, 2008),

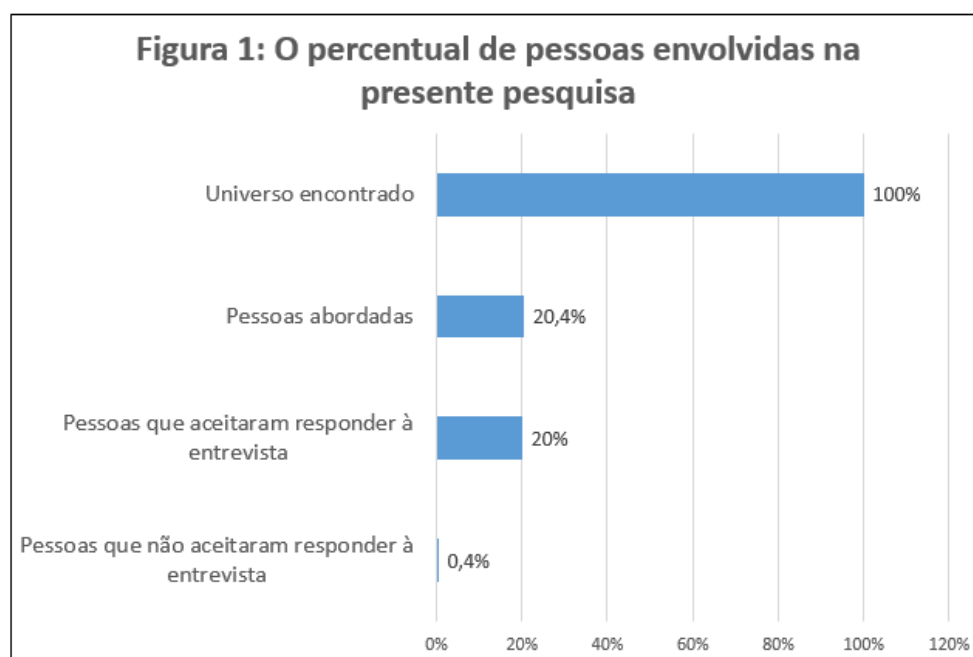
Na Pesquisa Quantitativa se considera tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-la utilizando recursos e técnicas estatísticas. Na Pesquisa Qualitativa se considera o que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, estabelecendo com isso, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. (SILVA et al, 2005).

O trabalho foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento, situada no município de Duque de Caxias, com usuários do serviço. Apenas participaram deste trabalho, os indivíduos que estavam utilizando o serviço de saúde da unidade ou acompanhando algum usuário, que quando convidados, aceitaram responder ao questionário após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que eram maiores de 18 anos ou menores acompanhados de seus responsáveis legais. O método utilizado para a coleta de dados, foi uma entrevista, que tinha como base a aplicação de um questionário semiestruturado, contendo 3 questões abertas e 7 questões fechadas. Após a entrevista, o entrevistando receberam um panfleto informativo (ANEXO 5), contendo esclarecimentos sobre acolhimento

e classificação de risco, a fim de ter suas possíveis dúvidas sanadas. Após a aplicação dos questionários, durante 1 dia, os resultados foram sistematizados em planilha para quantificação dos mesmos, afim de gerar gráficos explicativos, que foram discutidos, buscando responder aos objetivos propostos. Esse trabalho só foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIGRANRIO com CAE 47890915.5.0000.5283.

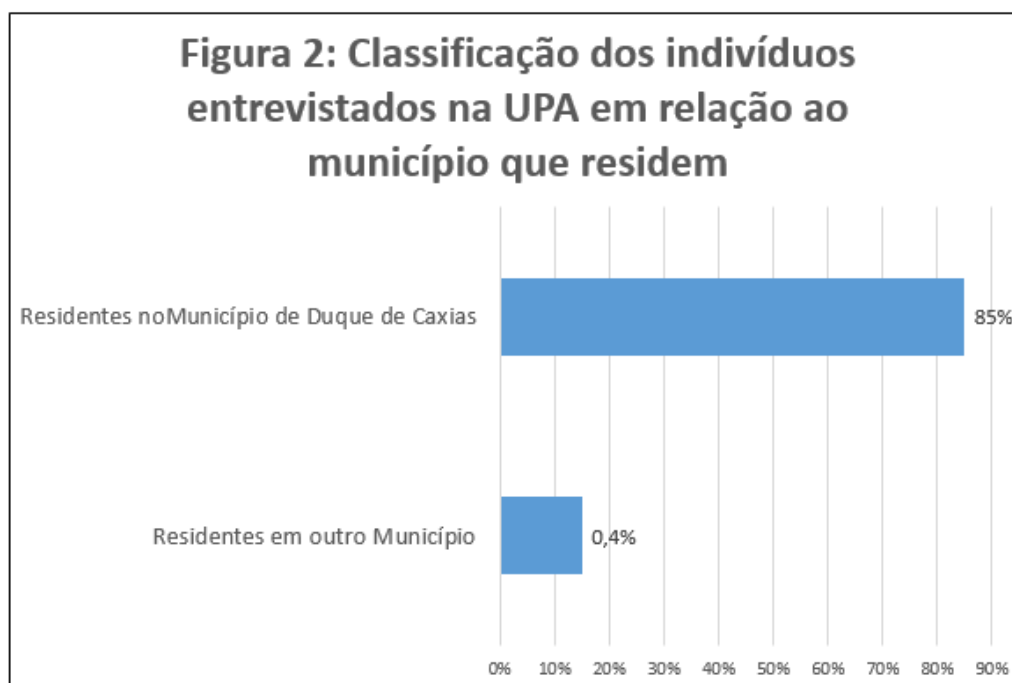
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um universo de 600 pessoas atendidas na unidade pesquisada diariamente, foram abordadas 122 pessoas, 20,4% do universo, das quais 0,4% (2) recusaram-se a participar da pesquisa após leitura do TCLE, e 20% (120) do universo responderam à pesquisa e assinaram o TCLE, a representação gráfica desses dados, podem ser vistas na FIGURA 1, dos quais a classificação por faixa etária que foi disposta de acordo com as diretrizes no Ministério da Saúde (MS), onde 4,1% (5) dos entrevistados (E) tinham entre 10-19 anos, 88,3% (106) tinham entre 20-59 anos e 7,5% (9) tinha 60 anos ou mais.



Os entrevistados também foram classificados quanto ao sexo e seu local de residência. De acordo com o sexo foram entrevistados 45,8% (55) homens e 54,2% (65) mulheres, quanto ao local em que residem foram classificados em residentes no município de Duque de Caxias e residentes em outros municípios, sendo 85% (102) residentes no município de Duque de Caxias e 15% (18) residiam em outros municípios, dos quais 01 procurou a unidade por

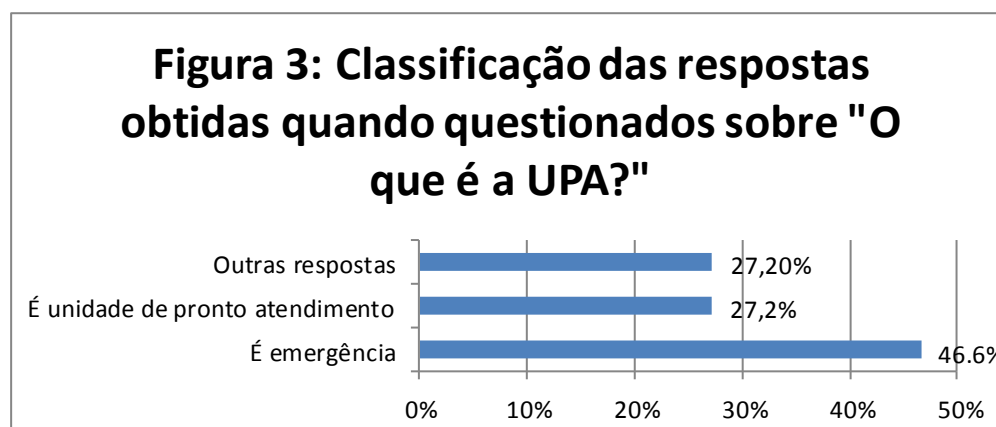
proximidade do local de trabalho e os demais por não terem em seu município acesso ao serviço de saúde, os dados acima estão representados na FIGURA 2.



*“Eu tenho que vir aqui porque onde eu moro não tem hospital, tenho que gastar dinheiro de passagem porque meu município está abandonado, fala isso para o prefeito!!” (E23).*

Os indivíduos estão a cada dia aumentando a procura por atendimento em unidades de emergência em municípios distantes de sua residência, por não haver uma rede de atenção à saúde bem distribuída que contemple todos os municípios há falta de local e de profissionais não só em números, mas em qualificação. Estão buscando atendimento onde existe a possibilidade de conseguir o mesmo, não se importando com a complexidade do serviço, buscando sanar suas queixas. O que corrobora com a super lotação nos locais que estão em funcionamento, pois absorvem os usuários que seriam de outros municípios (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Quando indagados sobre o que era UPA, 46,6% (56) dos entrevistados responderam que seria uma emergência e dos 54,4% (64) restantes em igual proporção responderam ser Unidade de Pronto Atendimento e outras respostas variadas, respectivamente a representação gráfica dos resultados, pode ser vista na FIGURA 03.



As unidades de pronto atendimento (UPA) fazem parte da Política Nacional de Atenção de Urgência e Emergência, é de nível intermediário, tem o objetivo de desafogar as emergências hospitalares, organizar a assistência do atendimento, analisar se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas, resolve grande parte de urgência e emergência, realiza acolhimento e classificação de risco (OLIVEIRA *et al*, 2015). A maioria dos entrevistados então estariam em acordo com o que diz a Política Nacional de Atenção de Urgência e Emergência, embora não tenham fundamentado suas respostas. Aos pacientes que responderam de maneira inadequada à pergunta foi explicado com clareza que a UPA é um pronto atendimento que se destina a atender emergências clínicas e estabilizar pacientes com emergências traumáticas para posterior transferência para unidades de atenção terciária.

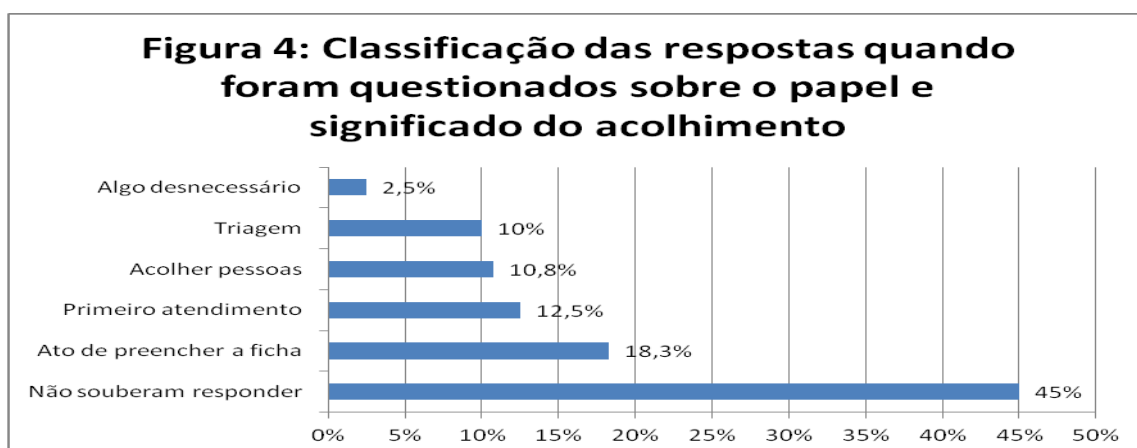
Os entrevistados também foram questionados quanto a identificação dos funcionários, 90,8% (109) disseram que os profissionais não se identificam ao atendê-los e 9,2% (11) disseram que os profissionais se identificam no início do atendimento. A comunicação entre profissional de saúde e paciente é de extrema importância, pois o paciente tem a necessidade de expor o seu problema de saúde e o profissional necessita realizar uma escuta qualificada a fim de analisar corretamente as possíveis causas de seus sintomas, usando da empatia para acolher da melhor maneira possível todos os que procuram o serviço de saúde.

De forma que a comunicação interpessoal é de suma importância para a qualidade do serviço prestado, devendo ser usada no contexto de atenção à saúde como agente eficaz nas responsabilidades profissionais. Tendo em vista que o trabalho dos profissionais de saúde baseia-se nas relações humanas estabelecidas, a comunicação está inserida de forma íntima em todas as atividades de seu cotidiano (SILVA, 2003; ALVES, SÁ, 2008).

Sendo assim, a comunicação adequada entre profissional e paciente, norteia o andamento no processo de seu tratamento, sendo indispensável para a manutenção do mesmo,

onde o profissional necessita se mostrar disponível para a resolução de seus problemas. Durante a coleta de dados foi relatado pelos entrevistados à ausência de uma comunicação que atingisse tal expectativa.

Quando questionados sobre o significado e papel do acolhimento os 120 entrevistados responderam à pergunta, que era aberta, onde obtivemos 6 tipos diferentes de respostas. 45% (54) dos entrevistados disseram que não sabiam o que era, 18,3% (22) disseram que seria o ato de preencher a ficha, 12,5% (15) disseram que seria o primeiro atendimento, 10,8% (13) disseram ser o ato de acolher as pessoas, 10% (12) disseram que seria uma triagem, que nos remete ao antigo modelo de atendimento nos estabelecimentos de saúde e 2,5% (3) afirmaram que seria algo desnecessário. A FIGURA 4 mostra a aplicação dos resultados em gráfico.

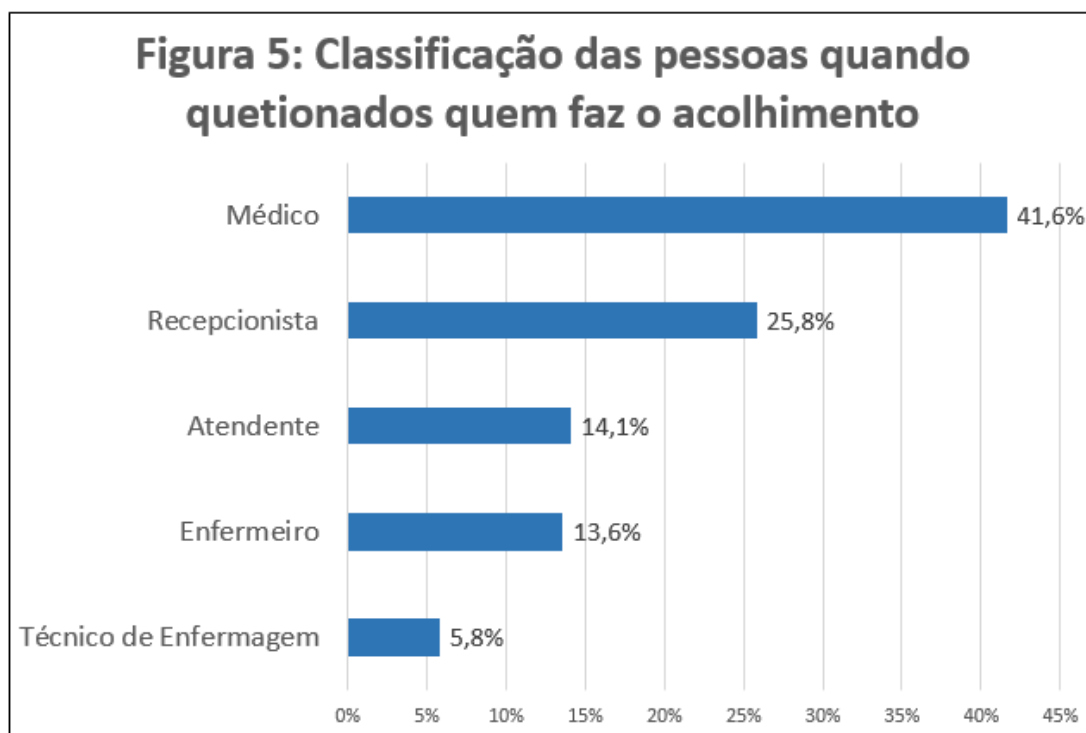


Segundo o ministério da saúde o objetivo geral do acolhimento é humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de urgência/emergência (BRASIL, 2012). De maneira que nenhum entrevistado respondeu corretamente à pergunta. No momento da entrevista foi explicado aos entrevistados a importância do ato e a relevância que teria no atendimento.

Ainda abordando a temática acolhimento foi perguntado aos entrevistados quem seria o profissional ao qual cabe a realização desse trabalho, seria uma pergunta fechada com as seguintes opções: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e cirurgião, porém 27,5% (33) dos entrevistados disseram que não seria nenhum desses profissionais, então adicionaram outras duas profissões como opção, o resultado foi o seguinte: 41,6% (50) dos entrevistados afirmaram que seria o técnico de enfermagem, 25,8% (31) afirmaram ser o enfermeiro, 14,1% (17) afirmaram ser um atendente, 13,3% (16) afirmaram ser um recepcionista e 5,8% (7) afirmaram ser um médico, nenhum dos entrevistados disse que o

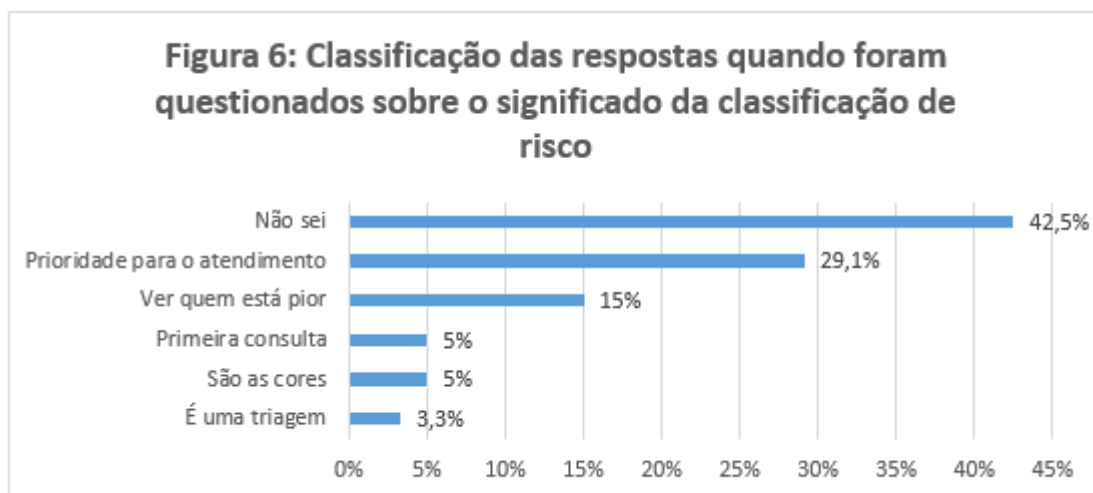


dentista ou cirurgião seria o profissional realizador daquele trabalho, os resultados podem ser vistos na FIGURA 5.



A maioria dos entrevistados responderam assertivamente à pergunta, uma vez que o profissional técnico é o indicado para realização do acolhimento. Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. Deixando o acolhimento de ser uma ação pontal para participar ativamente do processo de resolução das queixas do indivíduos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Quando indagados sobre a definição de classificação de risco, a resposta foi aberta, onde obtivemos 06 respostas diferentes: 42,5% (51) dos entrevistados não souberam definir, 29,1% (35) afirmaram que seria a ordem de prioridade de atendimento, 15% (18) dos entrevistados disseram que seria algo para ver quem estaria em piores condições de saúde, 5% (6) dos entrevistados afirmaram ser as cores que colocavam nas pessoas, 5% (6) dos entrevistados disseram ser a 1º consulta e 3,3% (4) dos entrevistados disseram ser uma triagem. Essa última resposta mais uma vez nos remete ao antigo modelo assistencial nos serviços de saúde. Os resultados podem ser vistos na FIGURA 6.

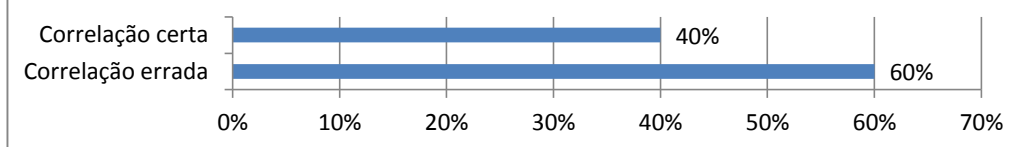


De certa forma podemos dizer que os que responderam “ver quem estar pior” e “ordem de prioridade” acertaram em parte a definição da classificação, mas ainda não haviam entendido a importância da mesma, o que lhes foi explicado de forma a compreendê-la pelas autoras do presente trabalho.

*“Deve se enfatizar a necessidade de conhecimento do sistema de saúde para avaliação do usuário como satisfatório ou não satisfatório um atendimento em qualquer que seja o sistema de saúde utilizado, sendo que, quanto menor a escolaridade, menor o índice de satisfação do mesmo (GOUVEIA et AL, 2009).”*

Ainda sobre classificação de risco aplicamos uma questão que fazia com que os entrevistados correlacionassem as cores com seus respectivos significados, conforme classificação do MS, onde VERMELHO seria emergência; AMARELO seria urgência; VERDE seria pouco urgente; e AZUL não urgente (BRASIL, 2012). 60% (72) dos entrevistados responderam errado, e 40% (48) responderam corretamente; dentre os entrevistados que responderam errado 43% (31) obtiveram erros aleatórios, 36,1% (26) trocaram emergência com urgência, 15,2% (11) trocaram emergência com urgência e pouco urgente com não urgente e 5,5% (4) trocaram pouco urgente com não urgente. Os resultados podem ser vistos nas FIGURAS 7 e 7.1, respectivamente.

**Figura 7: Classificação a respeito da correlação proposta no ato da entrevista sobre a coloração associada aos casos**



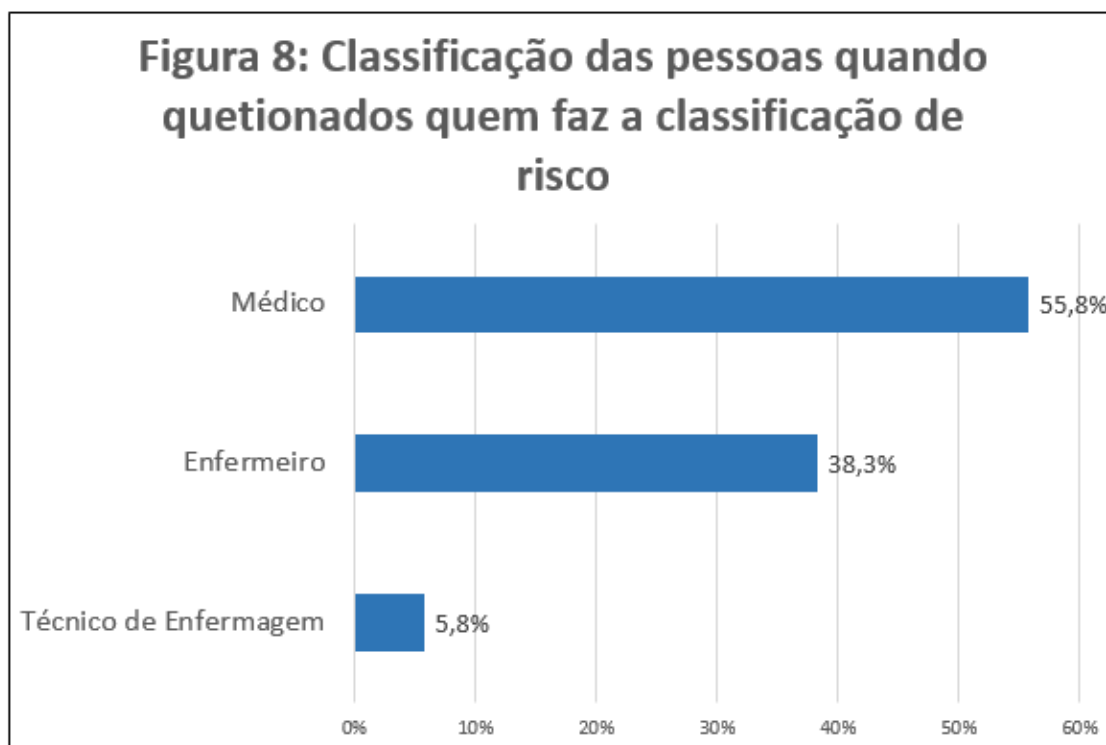
**Figura 7.1: Classificação das maiores incidências de erro**



A maioria não respondeu em acordo com o que afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), onde a maior incidência de erro recai sobre a diferenciação entre urgência e emergência, deixando claro que a população ainda tem dúvidas sobre a classificação de risco.

Neste momento da entrevista foi explicado ao entrevistado a representação de cada cor, deixando claro que a classificação de risco minimiza os danos à saúde dos indivíduos que procuram o atendimento apresentando maiores agravos (BRASIL, 2012).

Quando questionados sobre a quem caberia o papel da realização da classificação de risco os entrevistados tinham as seguintes opções: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista ou cirurgião, 55,8% (67) afirmaram ser o médico, 38,3% (46) afirmaram ser o enfermeiro e 5,8% (7) afirmaram ser o técnico de enfermagem, nenhum entrevistado afirmou ser o dentista ou cirurgião o profissional a realizar esse trabalho, os resultados podem ser vistos na FIGURA 8.



*“Quem tem que fazer isso é o médico, ele que sabe quem tá pior do que quem.” (E32)*

*“O enfermeiro não tem que atender, ele não é médico?! Tá tudo errado, o médico que tem que fazer isso!.” (E56)*

*“Enfermeiro não serve pra nada.” (E13)*

Concluimos que mesmo mais de 40% dos entrevistados não sabendo responder o que seria classificação de risco, após a explicação dos entrevistadores perceberam a importância da mesma, isso fica claro quando mais de 90% dos entrevistados afirmam ser o médico ou enfermeiro a realizar esse trabalho, profissionais julgados pela população como maiores qualificados para execução do mesmo. As respostas corroboram com o que o MS preconiza, sobre qual o profissional deve realizar a classificação de risco, porém o mesmo diz que todos os profissionais da saúde de nível superior podem realizar tal tarefa, desde que sejam capacitados, o que não destaca a Medicina como profissão prioritária (BRASIL, 2012). Pelo contrário, a Enfermagem vem se destacando cada vez mais no desempenho desse papel.

*“A Enfermagem é uma profissão que se relaciona com todas as profissões da área da saúde. No hospital, somos os olhos e os ouvidos da equipe multidisciplinar porque passamos muito tempo com os pacientes. Também somos a voz da equipe de saúde porque comunicamos e traduzimos informações entre os profissionais e entre os profissionais da saúde e os pacientes. Para traduzir o que vemos e*

*ouvimos e falar fluentemente tantos idiomas, os enfermeiros precisam ter uma educação sólida... Os enfermeiros fazem um trabalho que exige conhecimento, habilidade e educação continuada. Nós devemos articular esses pontos. Os médicos focam o diagnóstico, os farmacêuticos, os medicamentos, os assistentes sociais, as questões psicossociais. Os enfermeiros lidam com todas essas questões e também são responsáveis pela gestão dos sintomas e pela educação do paciente.” (TELLEZ,2013.)*

Por fim, questionamos aos entrevistados se algum profissional de saúde já havia lhe explicado o que seria acolhimento e classificação de risco e 100% dos entrevistados responderam negativamente, isto é, nunca houve nenhuma explicação a respeito, o que foi espantoso o avaliarmos os questionários, visto que é de responsabilidade do profissional dos sistemas hospitalares de emergência o esclarecimento da população sobre suas reais funções a fim de conscientizar a população que utiliza os mesmos (JÚNIOR, 2012).

A educação em saúde tem um papel fundamental para melhorar a expectativa de vida do indivíduo, através de circunstância que necessite um trabalho educativo com múltiplos determinantes do comportamento humano, com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. Quando trata-se de educação em saúde parte-se da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população. (COSTA, 2012).

O controle social é um método utilizado para a população intervir nas políticas públicas em todos os níveis da Federação. Quando a sociedade debate, questiona, fiscaliza, melhora os níveis de oferta e a qualidade do serviço, porém muitas pessoas não sabem do controle social que é um direito de todos em uma sociedade democrática. Para o controle social funcionar é preciso que o governo reconheça o papel da sociedade civil e do controle social das políticas públicas, e que a população pressione para criar mecanismos que amplie o controle social e a democratização do estado (SERAFIM; TEIXEIRA, 2008).

As confusões e questionamentos nas UPAS estão de acordo com a falta de conhecimento aqui evidenciada, porque os mesmos se sentem desrespeitados como cidadãos, daí a necessidade de haver o esclarecimento sobre classificação de risco de forma que eles possam contribuir de maneira salutar para o aprimoramento da aplicação da classificação de risco, exercendo dessa forma o controle social de forma positiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da interpretação dos dados coletados concluímos que o conhecimento dos usuários do serviço de saúde a cerca do acolhimento e da classificação de risco ainda é superficial e errôneo e que esse é o fator que mais influencia a não aceitação da população aos processos, onde é evidenciada a falta de conhecimento sobre a importância dos mesmos, fato explicito pelo grande percentual de pessoas que quando questionadas responderam não saber o que seria o acolhimento e a classificação de risco. O fato de 100% dos entrevistados relatarem que nunca foram esclarecidos sobre o papel dos mesmos deixa claro que se trata de falta de informação por parte dos próprios profissionais, por isso, é de extrema importância esses profissionais educarem a população que estava acostumada com um modelo de saúde e agora se depara com um novo conceito que deve ser compreendido e reavaliado no que diz respeito aos benefícios que o mesmo tem como proposta. Diante do exposto há necessidade de se esclarecer a população sobre o significado de acolhimento e classificação de risco de modo a fazer valer um dos princípios organizativos do SUS que é o controle social, entendido aqui como direito ao acesso ao serviço de saúde, portanto, um direito de cidadania. Sugerimos que as unidades que realizam o acolhimento e a classificação de risco treinem os profissionais para que haja um maior esclarecimento ao cidadão, tornando-o coautor do processo de saúde, minimizando manifestações de insatisfação que atrapalham o processo.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Luíse Elias; Sá, Roseane Christhina da Nova. **A comunicação interpessoal entre profissionais de saúde: Um levantamento bibliográfico.** Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da comunicação, Natal, RN, 2 a 6 de setembro de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica.** 1. Ed., Brasília: Editora MS - OS 2012/0110, v. 2, n. 28, p. 290.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048/GM, de 01 de junho de 2001. Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 5 nov. 2002. Seção 1, p. 147.
- 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.** 1. Ed., Brasília: Editora – OS 2009/0277, Série B. Textos Básicos de Saúde, p.54.

BRASIL, Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências.** Lex: Coletânea de legislação e jurisprudência, República federativa do Brasil.

BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação de Saúde. **Estatuto do Idoso.** 1 Ed., Brasília: Editora - OS 2009/0607, série E, p. 70.

COSTA, Vânia Vieira. Educação e Saúde. **Universidade de Santo Amaro**, São Paulo, setembro de 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed.São Paulo, 2008.

GOUVEIA, Gisele Campozana et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.** 2009, vol.12, n.3, pp. 281-296

JÚNIOR, José Aparecido Belluci; MATSUDA, Laura Misue. **Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador.** Texto e contexto enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 75-217, jan-mar 2012.

MICHELLE, Tellez. **Você é tão inteligente! Por que não estudou medicina?.** Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, V. 47, n. 1, Fev. 2013.

OLIVEIRA, de Saionara Nunes *et al.* **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24H: PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM.** Texto e contexto enfermagem, Florianópolis, v. 24, n. 6, p. 44-238, jan-mar 2015.

SILVA, Ellen Maria Reimberg da; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. **Acolhimento de usuários em um Pronto – Socorro Infantil na perspectiva dos enfermeiros.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 799-803, jul-agos 2011.

SILVA, Edna Lúcia da, MENEZES, Eстера Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. 4a edição revisada e atualizada. Florianópolis, 2005.

SERAFIM, Lizandra; TEIXEIRA, ana cláude C. **Participação Popular na Construção Poder local REPENTE: Controle social das políticas públicas.** Pólis - Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, São Paulo, Agosto de 2008.