

## ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UM PRONTO ATENDIMENTO

Joseilma das graças da Silva Figueiredo de Souza<sup>6</sup>  
Salmana Rianne Pereira Alves<sup>7</sup>  
Nereide de Andrade Virgínio<sup>3</sup>  
Gláides Nely Sousa da Silva<sup>4</sup>

### RESUMO

O acolhimento com classificação de risco representa um importante disparador dos processos de mudança. É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A pesquisa tem como objetivo identificar o conhecimento do usuário de um pronto atendimento em relação ao acolhimento. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity. A amostra foi constituída de 30 usuários, maiores de 18 anos, no momento em que esperavam para serem atendidos. O questionário aplicado foi semiestruturado na caracterização socioeconômica e nos dados relacionados ao conhecimento dos usuários acerca do tema aqui em estudo. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2015, após a autorização e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Nova Esperança. Para realização do presente estudo, foram consideradas as condutas éticas regidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos. Quanto aos resultados desse estudo, verifica-se uma divergência de opiniões em relação ao acolhimento e classificação de risco. Pode-se afirmar que 63% dos usuários relataram que houve melhora no atendimento após implantação, já que, antigamente, não existia organização no serviço como hoje, porque, segundo eles, o acolhimento e classificação de risco definem melhor a necessidade de cada paciente. Em contrapartida, 37% dos entrevistados preferem o modelo de antes, pois acreditam que não houve melhora, demonstraram desconhecimento sobre o processo de acolhimento e classificação de risco. Foi visto que a falta de informação como também a relação profissional-usuário são dados relevantes que influenciam como aspecto negativo e interferem na qualidade do atendimento prestado.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Emergência. Controle de risco.

### INTRODUÇÃO

As urgências e emergências representam um único campo de atenção em saúde, destinado aos serviços específicos de suporte à vida. Apesar de a definição ser clara, a realidade dos serviços brasileiros tem apresentado um cenário muito

---

<sup>6</sup> Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP). João Pessoa-PB. E-mail: joseilma\_jp@hotmail.com.

<sup>7</sup> Enfermeiras. Mestres. Docentes na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE.

mais complexo, em que a diversidade de situações de saúde opera em meio à circulação desordenada dos usuários nas portas dos prontos-socorros<sup>1</sup>.

O que se observa na atualidade é o número excessivo de usuários nas filas desses serviços, onde se misturam, no mesmo espaço, situações graves e casos “estáveis”. Essa grande procura pelo serviço de emergência tem gerado a superlotação do setor, bem como a sobrecarga de trabalho para a equipe de saúde que faz o atendimento<sup>1</sup>.

Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência<sup>2</sup>.

Acolhimento é uma ação tecnoassistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento<sup>3</sup>.

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado<sup>4</sup>.

Mediante o contexto supracitado, acredita-se que a maioria dos usuários que são atendidos no pronto atendimento não têm clareza suficiente acerca do acolhimento e da classificação de risco, pois não sabem diferenciar a urgência da emergência e não compreendem como se dá o processo de acolhimento com classificação de risco.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

Tratar-se-á de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida no Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio

Burity (conhecido por Trauminha) na cidade de João Pessoa-PB. O complexo hospitalar, que funciona 24 horas, é um pronto socorro pertencente à rede municipal de média complexidade, trabalha com acolhimento e classificação de risco atendendo as urgências e emergências.

A amostra foi constituída de 30 usuários, maiores de 18 anos, no momento em que esperam para serem atendidos no pronto atendimento.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário semiestruturado em duas partes: dados referentes à caracterização socioeconômico dos usuários e dados relacionados ao conhecimento dos usuários acerca do acolhimento e classificação de risco realizado em uma unidade de pronto atendimento.

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2015, após a autorização da direção do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP das Faculdades Nova Esperança - FACENE. Foram fornecidos ainda esclarecimentos quanto à garantia do anonimato, procedimento para a coleta de dados, disposição do pesquisador para a retirada de dúvidas a respeito de qualquer pergunta voltada para a temática e, posteriormente, realizar a entrevista com cada usuário. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi apresentado e assinado por aqueles que concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram analisados, apresentados em gráficos e tabelas, respectivamente, e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Para realização do presente estudo, foram consideradas as condutas éticas regidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos<sup>5</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados do estudo e a discussão sobre os achados estão relatados a seguir, na mesma sequência do roteiro de coleta de dados, através de tabelas e gráficos. As questões referentes ao tema foram analisadas e discutidas.

**Tabela 1** - Distribuição da frequência referente à caracterização socioeconômica (n=30) dos usuários atendidos no serviço hospitalar de urgência. Joao Pessoa, PB. 2015.

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	17	56,6
Feminino	13	43,3
<b>IDADE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
18 – 24 anos	6	20
25 – 35 anos	16	53,6
36 – 45 anos	8	26,6
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Solteiro	9	30
Casado	10	33,3
União Estável	10	33,3
Viúvo ou Divorciado	1	3,3
<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ensino Fundamental Incompleto	7	23,3
Ensino Fundamental Completo	4	13,3
Ensino Médio Completo	12	40
Ensino Médio Incompleto	4	13,3
Superior Completo	2	6,6
Superior Incompleto	1	3,3
<b>PROFISSÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Do lar	4	13,3
Vendedora	4	13,3
Mecânico	2	6,6
Montador	2	6,6
Motorista	2	6,6
Outros	16	53,3
<b>RENDA FAMILIAR</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Menos de 1 Salário	2	6,6
1 Salário	10	33,3
2 Salário	14	46,6
3 Salário	2	6,6
Mais de 3 Salário	2	6,6
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2015.

Conforme a Tabela 1, dos 30 usuários entrevistados, observou-se que 56,6% (n=17) era do sexo masculino e 43,3 (n=13) do sexo feminino; possuem idade entre 25 a 35 anos; 53,3% (n=16) se encontravam na faixa etária dos 36 a 45 anos; 26,6% (n=8) estão na faixa 18 a 24 anos; 20% (n=6).

Dados referentes ao gênero foram semelhantes, encontrados em estudo desenvolvido anteriormente, no qual mostra uma predominância de indivíduos do sexo masculino no percentual de 56, 4%<sup>6</sup>. Esse dado está em concordância com a literatura, que demonstra que os homens, em geral, padecem mais de condições

severas e crônicas de saúde em comparação com as mulheres, e, por esse motivo, procuram com maior frequência os serviços de urgência. Em relação à faixa etária, o estudo mostrou também relevância da faixa etária adulta jovem, especificamente entre 25-34 anos<sup>7</sup>.

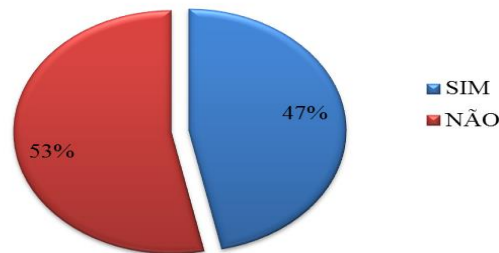
Quanto ao estado civil, 33,3% (n=10) casado; 33,3% (n=10) união estável; 30% (n=9) solteiros; 3,3% (n=1) viúvo ou divorciado. Dentre os entrevistados, usuários casados e união estável obtiveram o mesmo percentual, 33,3% (n=10) nesse estudo. Em comparação a outro estudo, demonstraram-se maiores números de usuários casados (59%)<sup>8</sup>.

Quanto ao grau de escolaridade dos usuários da pesquisa, ficou assim distribuído: Ensino médio completo 40% (n=12); fundamental incompleto 23% (n=7); fundamental completo 13,3% (n=4); ensino médio incompleto 13,3% (n=4); superior completo 6,6% (n=2); superior incompleto 3,3% (n=1). Em relação ao grau de escolaridade, o percentual mais alto foi dos usuários que têm o ensino médio completo, em concordância com outro estudo, no qual mostra o ensino médio como a escolaridade predominante<sup>9</sup>.

Em relação a profissão, durante as entrevistas, obteve-se uma grande diversidade de profissões. Desta maneira, foram distribuídas assim: do lar 13,3% (n=4); vendedora 13,3% (n=4); montador 6,6% (n=2); motorista 6,6% (n=2); mecânico 6,6% (n=2) e outros 53,3% (n=16).

De acordo com os entrevistados, um percentual de 46,6% (n=14) apontaram a renda familiar mensal de 2 salários mínimos; 33,3 (n=10) apontaram 1 salário mínimo; 6,6% (n=2) sendo menos de 1 salário; 6,6% (n=2) com 3 salários; e 6,6% (n=2) com mais de 3 salários. Comparando com outro estudo, em que mostra relevância em relação à renda familiar mensal, o mais prevalente foi de 2 salários mínimos, que corresponde a 41,7% das entrevistadas, em seguida ficou 33,3% com 1 salário mínimo<sup>10</sup>.

**Gráfico 1** – Dados referentes à questão “O senhor (a) poderia dizer o que é acolhimento com classificação de risco?”



**Fonte:** Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

Dentre as pessoas abordadas para participar do estudo, 47% (n=14) dos entrevistados responderam sim, 53% (n=16) responderam não quanto ao entendimento sobre acolhimento.

Com base nas respostas, evidenciou-se que grande parte dos usuários, embora conhecendo o que significa o acolhimento, possui pouco conhecimento a respeito dos critérios utilizados para a Classificação de Risco. Apesar de os usuários do serviço de urgência e emergência não terem profundos conhecimentos a respeito, eles sabem o objetivo principal da classificação de risco: priorizar os atendimentos mediante a sintomatologia<sup>11</sup>.

De acordo com os achados, o estudo tem demonstrado que mais dos 50% dos entrevistados não têm conhecimento sobre acolhimento e classificação de risco. Esse resultado causa um impacto negativo, pois grande parte de quem utiliza o serviço não conhece o processo de trabalho, gerando, com isso, descontentamento e conflito por parte dos usuários e profissionais.

**Tabela 2** - Dados referentes à questão se a resposta for sim, na fala dos usuários (nº30).

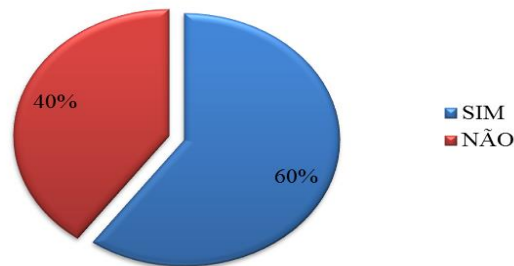
DEFINA O ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Nº	%
É uma forma de acolher o paciente e identificar o risco	5	16,6
É um atendimento melhor	3	10
São definidas de acordo com a gravidade das lesões ou Ferimentos	1	3,3
É uma preventiva contra possíveis doenças contagiosas	1	3,3
Tentar melhorar o atendimento	1	3,3
Acolhimento é uma consulta rápida antes de ir para a sala da consulta com o médico	1	3,3
O que aconteceu com você, você se sente acolhida, interessado	1	
É quando se sabe da gravidade do paciente	1	3,3
		3,3
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa direta, Joao Pessoa-PB 2015.

Analisado a Tabela 2, dos 47% (n=14) dos entrevistados, observa-se que 16,6% (n=5) dos usuários definiram acolhimento e classificação de risco, como acolher o paciente e identificar os riscos. Cerca de 10% (n=3) relataram um atendimento melhor, e outros 19% (n=6) responderam que acolhimento e 3,3% (n=1) que classificação de risco definem a gravidade das lesões; 3,3% (n=1) acreditam que é uma preventiva contra possíveis doenças contagiosas; 3,3% (n=1) acham ser uma consulta rápida; para 3,3% (n=1) melhora o atendimento; 3,3% (n=1) se sente acolhida; 3,3% (n=1) interessado; e 3,3% (n=1) quando se sabe da gravidade do paciente.

De acordo com a literatura, o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência. O acolhimento representa a investigação das necessidades de saúde dos pacientes que procuram esses serviços, visando solucionar suas necessidades, tudo isso com foco principal na reorganização dos serviços, a fim de garantir o acesso universal e a humanização do atendimento <sup>12</sup>.

**Gráfico 2** – Em seu ponto de vista, o acolhimento com classificação de risco no pronto atendimento é realizado de forma eficaz.

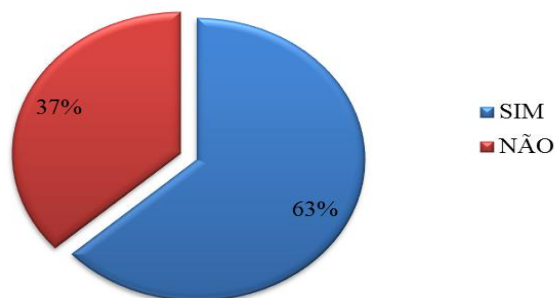


**Fonte:** Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

Conforme mostra o Gráfico 2, um total de 60% (n=18) dos usuários responderam a eficácia do acolhimento com classificação de risco, e 40% (n=12) relataram que não. Conforme outro estudo anteriormente, as pessoas sofriam pela espera, escassez de recursos, de profissionais e pelo atendimento ineficaz. Atualmente, há outra representação moldada sobre o atendimento, embora haja qualificações, geralmente satisfatórias, diante dessa mudança, ainda são percebidas lacunas que precisam ser sanadas<sup>8</sup>.

Apesar dos números mostrarem mais de 60% de eficácia no acolhimento com classificação de risco, o processo de acolhimento e classificação de risco precisa melhorar muito, pois, como o próprio Programa Nacional de Humanização (PNH) diz, acolher significa prestar um atendimento com qualidade, buscar a resolutividade; pois, para que haja essa qualidade, a continuidade da assistência precisa de subsídios.

**Gráfico 3** – Houve melhora no atendimento no setor de urgência após a implantação do acolhimento com classificação de risco?



**Fonte:** Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.



Analisando o Gráfico 3, 63% (n=19) dos usuários relataram melhora no atendimento após a implantação do acolhimento com classificação de risco, e 37% (n=11) relataram que não. Comparando com outros estudos, compreende-se que a classificação de risco é um instrumento que serve para vários fatores, como organização da fila de espera, priorizar o atendimento de acordo com grau de gravidade e não por ordem de chegada. Além disso, visa garantir um atendimento rápido nos casos mais críticos, melhorar as condições de trabalho da equipe de emergência<sup>12</sup>.

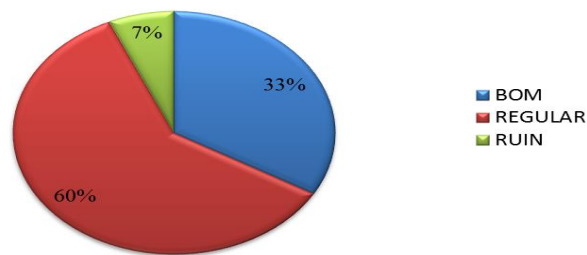
Ao observarmos que, ao longo da história das políticas voltadas para saúde, houve um crescimento nas práticas de saúde em relação a tempos anteriores. Sem dúvida alguma, apesar das dificuldades que encontramos, foi percebido, nas próprias falas de usuários, que houve melhora no atendimento após a implantação do acolhimento com classificação de risco. O maior problema disso é que, quando um programa é implantado ética e tecnicamente, e tudo é perfeito, no nosso cotidiano acaba não funcionando corretamente, ficando dessa maneira só no papel.

**Tabela 3** - Dados referentes à questão se a resposta for sim, “Houve melhora no atendimento no setor de urgência após a implantação do acolhimento com classificação de risco?” (n°30).

NA FALA DOS USUÁRIOS	Nº	%
Melhorou pela agilidade	8	26,6
Antigamente não existia organização como hoje existe atualmente	2	6,6
Porque define bem melhor a necessidade da cada paciente	2	6,6
Ótimo atendimento, entretanto, o acolhimento fica um pouco a desejar	2	6,6
Quanto mais informação melhor	1	3,3
Verifica a pressão	1	3,3
Porque são mais atenciosos	1	3,3
Você passa por uma triagem e já vai para o setor correto	1	3,3
Porque já sabe da gravidade do risco do paciente	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

De acordo com a Tabela 3, analisamos que 26,6% dos entrevistados responderam que melhorou pela agilidade, 6,6% disseram que antigamente não existia organização como existe atualmente, e também porque define bem melhor a necessidade da cada paciente; e 3,3% dos entrevistados responderam que quanto mais informação melhor; verifica a pressão; porque são mais atenciosos e os pacientes passam por uma triagem e imediatamente vão para o setor correto. Foram entrevistados 63%, um total de 19 usuários. De acordo com a literatura, temos uma resposta positiva dos pacientes, visto que o acolhimento com classificação de risco é uma forma de humanização<sup>13</sup>.

**Gráfico 4** – Como o senhor (a) definiria o atendimento com acolhimento com classificação de risco nos prontos atendimentos?

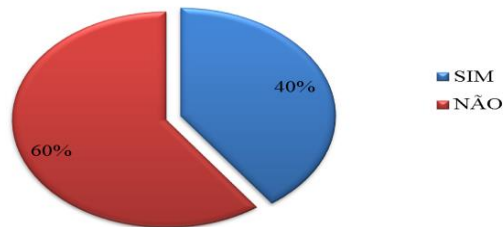


**Fonte:** Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

De acordo com os dados encontrados pelos usuários a respeito do acolhimento com classificação de risco nos prontos atendimentos, 60% (n=18) dos usuários relataram regular, 33% (n=10) bom, e 6,6% (n=2) ruim. Segundo outro estudo, em relação à satisfação dos usuários com o atendimento prestado, observou-se que estes estavam satisfeitos com o atendimento. Contudo, o longo tempo de espera e a relação profissional/usuário foram reconhecidos como aspectos negativos, apontando a necessidade de ampliação da rede de serviços e de maior compromisso dos profissionais com a população<sup>8</sup>.

Em relação à qualidade ofertada pelo serviço de saúde, embora a maior parte dos entrevistados achasse o atendimento regular e outra parte considerasse boa, a qualidade no serviço de saúde poderia melhorar se o poder público implantasse soluções práticas e eficazes.

**Gráfico 5** – O senhor (a) acha que ainda há uma resistência por parte dos usuários em não aceitar esse novo modelo de assistência, e muitos preferem o modelo de antes de atendimentos?



**Fonte:** Pesquisa direta, João Pessoa-PB 2015.

De acordo com o Gráfico 5, a grande parte, em torno de 60% (n - 18) dos usuários, afirmou que não há resistência por parte dos usuários em não aceitar esse novo modelo de assistência. Em contrapartida, 40% (n - 12) afirmaram que preferem o modelo de antes de atendimentos. Comparado a outro estudo, por não conhecerem o sistema de Classificação de Risco, alguns usuários classificados como pacientes “Pouco Urgentes ou Não Urgentes” entram em conflito com os enfermeiros, alegando que devem ser atendidos por ordem de chegada, por desconhecerem o processo ou mesmo por falta de solidariedade com os mais necessitados. Esse fato pode ser evidenciado por esta fala<sup>14</sup>.

Nós, seres humanos, sabemos que tudo o que é novo causa impacto, seja positivo ou negativo. Em relação à saúde, embora muitas vezes os usuários reclamassem das condições de atendimento, pela falta de informação ou até mesmo a falta de recursos, com o tempo, eles acabam aceitando o novo modelo de assistência, pela falta de opção.

**Tabela 4** - Dados referentes à questão se a resposta for sim, “O (a) senhor acha que ainda há uma resistência por parte dos usuários em não aceitar esse novo modelo de assistência, e muitos prefere o modelo de antes de atendimentos?” (nº30)

<b>NA FALA DOS USUÁRIOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Porque ele acha que espera duas vezes	4	13,3
Por falta de informação	4	13,3
Porque era mais rápido o atendimento	2	6,6
Eu acho que as pessoas se acomodaram	1	3,3
Porque quando chegamos ao um hospital muito mal, procuram saber realmente o que o paciente tem e mandam ir para outro ponto de atendimento	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa direta, João Pessoa-PB, 2015.

Ao analisar a Tabela 4, vimos que 13,3% (n=4) dos entrevistados acham que esperam duas vezes; outros 13,3% (nº4) por falta de informação; 6,6% (nº2) acham que o modelo de antigamente era mais rápido; 3,3% (nº1) disseram que as pessoas se acomodaram, e outros 3,3% (nº1) relataram que quando chegam a um hospital mal procuram saber realmente o que o paciente tem, já mandam ir a outro ponto de atendimento. Foram entrevistados 40%, um total de 12 pacientes. Analisando a literatura, vimos que, por muitas vezes, houve desgaste por questionamentos de pacientes que se recusavam a se adaptar as novas normas deste atendimento<sup>14</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da pesquisa, é notório que o processo de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS, que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde.

O acolhimento com classificação de risco surgiu como ferramenta com objetivo de acolher o usuário, prestar uma assistência com qualidade, através da escuta qualificada, buscar a resolutividade, tratando os usuários de forma humanizada, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que

necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

A análise deste estudo permitiu identificar o perfil sócio-demográfico dos usuários atendidos no pronto socorro de um hospital público em João Pessoa, como também avaliar o grau de satisfação e os conhecimentos dos mesmos acerca de acolhimento e classificação de risco, e sua opinião ao respeito da qualidade do atendimento prestado.

Considerando-se os resultados desse estudo, verificou-se uma divergência de opiniões em relação ao acolhimento e classificação de risco. Pode-se afirmar que 63% dos usuários relataram que houve melhora no atendimento após implantação. Segundo as falas de alguns usuários, antigamente não existia organização no serviço como hoje, porque o acolhimento e classificação de risco definem melhor a necessidade de cada paciente.

Em contrapartida, os 37% entrevistados preferem o modelo antigo de atendimentos, pois acreditam que não houve melhora, demonstraram desconhecimento sobre processo de acolhimento e classificação de risco. Foi percebido que a falta de informação, como também a relação profissional/usuário, é um dado relevante que influencia negativamente no processo de acolhimento e classificação de risco, interferindo, dessa maneira, na qualidade do atendimento prestado.

## **RECEPTION AND RISK RATING: KNOWLEDGE OF USERS OF AN EMERGENCY SERVICE**

### **ABSTRACT**

The host with risk rating is an important trigger of change processes, is a dynamic process of identification of patients who need immediate treatment, according to the potential risk, damage to health or degree of suffering. The host and risk classification: knowledge of the users of an emergency service aims to identify the knowledge of the user of an emergency service in relation to the hosting. It deals with field research, descriptive with quantitative approach, performed at Governor Tarcisio Burity Hospital Complex. The sample consisted of 30, older than 18 years old at the time they were waiting to be treated. The questionnaire was semi-structured referring to socioeconomic and data related to the knowledge of the users about the relevant topic. Data collection was performed in the month of November 2015 following the authorization and approval of the project by the Research Ethics Committee – of the

Nova Esperança College. To carry out this study was considered ethical conduct governed by Resolution 466/12 of the National Health Council (CNS), which regulates the conduct of research with human beings. It is considered that the results of this study there were a divergence of views on the acceptance and risk classification. It can be said that 63% of users reported an improvement in service after deployment, which formerly did not exist in the service organization like today, because according to them the care and risk rating better define the needs of each patient. In return for 37% respondents prefer the model before calls, believing that there was no improvement showed ignorance about the process of acceptance and risk classification, has been seen that the lack of information as well as professional-user relationship and a relevant data that influences how negative and interferes with quality of care.

**Keywords:** Home. Nursing. Emergency

## REFERÊNCIAS

1. Zanelatto DM, Pai DD. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá Abr./Jun. 2010 [acesso em: 22 Ago. 2012]; 9 (2): 358-65. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9390/6087>.
2. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto Jan./Fev. 2011 [acesso em: 22 Ago. 2012]; 19 (1): 1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf).
3. Andrade MAC, Artmann, E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro Mar. 2011 [acesso em 23 ago. 2012]; 16 (Supl.1): 1115-24. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a43v16s1.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de atenção básica. Brasília; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466/12 CNS, Brasília; 2012. p. 01-10.
6. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Junior GV, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev. Enfe. Ref. Coimbra* mar. 2014 [acesso em: 12 dez. 2015]; 4(1): 37-41. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000100005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000100005&script=sci_arttext&tlng=en).

7. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Filho MAC. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto Mai./Jun. 2011 [acesso em: 29 Ago. 2012]; 19 (3): 1-9. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf).
8. Sá SLB, Mattos RR, Pinheiro VL, Pequeno LL, Diógenes MAR. Usuário da estratégia de saúde da família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento. Rev Bras Promoção Saúde. Fortaleza abr./jun. 2012 [acesso em: 12 dez. 2015]; 25 (2 Supl): 96-103. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2250/2477>.
9. Lima CA, Santos BTP, Andrade DLB, Barbosa FA, Costa FM, Carneiro JA. Qualidade dos prontos-socorros e prontos-atendimentos: a satisfação dos usuários. Einstein São Paulo Ago. 2015 [acesso em: 12 dez. 2015]; 2-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-5082015005053347&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-5082015005053347&script=sci_arttext&tlng=pt).
10. Barreiros RA. Assistência de enfermagem no pré-natal na ótica das usuárias. [Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem]. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; 2010. 51p.
11. Campos J, Souza VS. A percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. Revista Unimontes Científica. Montes Claros jan./jun. 2014 [acesso em: 12 dez. 2015]; 16(1): 18-25. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/319/297>.
12. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. Caderno Saúde e Desenvolvimento. Jan./Jun. 2013 [acesso em: 12 dez. 2015]; 2 (2): 25-44. Disponível em: <http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimen to/article/viewFile/197/101>.
13. Duarte MLC, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Dez. 2010 [acesso em 25 ago 2015]; 31(4): 685 - 92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n4/a11v31n4.pdf>.

<b>Recebido em: 02.03.16</b> <b>Aceito em: 10.04.16</b>
--