



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maria Vitória de Azeredo Knoblauch

**RESPONSIVIDADE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ACERCA
DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Florianópolis
2023

Maria Vitória de Azeredo Knoblauch

**RESPONSIVIDADE DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ACERCA
DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra.

Florianópolis

2023

Knoblauch, Maria Vitória de Azeredo

Responsividade de uma Unidade de Pronto Atendimento acerca do Acolhimento com Classificação de Risco / Maria Vitória de Azeredo Knoblauch ; orientadora, Eliane Regina Pereira do Nascimento, 2023.

62 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Serviços médicos de emergência. 5. Responsividade. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Maria Vitória de Azeredo Knoblauch

**Responsividade de uma Unidade de Pronto Atendimento acerca do
Acolhimento com Classificação de Risco.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Enfermeira e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem.

Florianópolis, 14 de novembro de 2023.



Coordenação do Curso

Profa. Dra. Margarete Maria de Lima

Banca examinadora



Profa. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Orientadora



Profa. Dra. Patrícia Madalena Vieira Hermida



Profa. Dra. Luciana Bihain Hagemann de Malfussi

Florianópolis, 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe que sempre mostrou a educação como um agente de mudanças sociais e oportunizou minha dedicação exclusiva na graduação a partir da sua dedicação e esforço.

Ao meu pai, por me incentivar no caminho dos estudos e me encorajar a seguir na área acadêmica.

Agradeço à minha orientadora Eliane Regina Pereira do Nascimento por todos os momentos de apoio, dedicação e confiança. Serei eternamente grata por você ter feito parte da minha trajetória de vida e acadêmica.

Agradeço à Patrícia Madalena Vieira Hermida e Luciana Bihain Hagemann de Malfussi pelas orientações e sugestões para o trabalho, oportunizando a transmissão de conhecimento.

À Daniele Delacanal Lazzari por me incentivar na continuidade dessa caminhada e acreditar sempre no meu potencial.

Ao corpo docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pela dedicação ao ensino, pesquisa e extensão, ofertando a melhor qualidade possível para os alunos.

Aos meus avós, Maria (*in memoriam*), Jane e Walter por todo seu esforço e comprometimento com a família e nossas histórias, fazendo tudo com amor e dedicação.

Agradeço a minha família, em especial minha madrinha Carla, por todo o apoio em momentos difíceis.

Agradeço meus amigos por serem meu porto seguro e meus momentos felizes, em especial minha amiga Jéssica e Vitória. Os afetos que permanecem após transpassar a imensidão das nossas versões merecem ficar para sempre. Todo meu amor e gratidão.

Agradeço meus colegas de turma e maiores incentivadores, Guilherme e Gabriela, pelo impulso e apoio em continuar nos dias difíceis. Cheguei até aqui pois sabia que encontraria vocês também.

Agradeço ao meu cachorro Babaloo pela parceria em todos os momentos.

Tudo o que não fazemos por amor é tempo perdido. Tudo o que fazemos por amor é a eternidade reencontrada. A única coisa que não nos podem tirar é aquilo que doamos. É essa doação que fica de nós mesmos. (Jean Yves-Leloup)

RESUMO

A responsividade é uma maneira de avaliar aspectos não-médicos relacionados ao atendimento em saúde. O **objetivo geral** da pesquisa é avaliar a responsividade de uma Unidade de Pronto Atendimento acerca do acolhimento com classificação de risco na perspectiva dos usuários e avaliar se há associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade. **Metodologia:** trata-se de um estudo correlacional descritivo, de caráter quantitativo. Os dados foram coletados em uma Unidade de Pronto Atendimento no sul do Brasil, com 227 usuários, no período de abril a agosto de 2022, por meio de um instrumento pré-estruturado elaborado e validado. O instrumento contempla 25 questões relacionadas a duas dimensões, o respeito pelas pessoas, no qual avalia-se os domínios de dignidade, comunicação e agilidade, e a dimensão orientação para os clientes que envolve os domínios instalações e suporte social. Cada questão foi avaliada por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos. Considerou-se fraca responsividade as pontuações de 1 ou 2 pontos, ou seja, correspondentes a muito ruim e nunca ou ruim e raramente e boa responsividade de 3 a 4 pontos, sendo boa/bom ou quase sempre e muito boa/bom ou sempre, respectivamente. Os dados foram armazenados no software Epi Info e analisados no SPSS. A análise descritiva contou com média e desvio padrão, utilizando teste t de Student para as variáveis com categorias binárias e ANOVA com post hoc Tukey para as variáveis com três ou mais categorias. **Resultados:** Os domínios com melhor avaliação da responsividade foram os de instalações ($100\pm 0\%$), dignidade ($98,0\pm 7,8$), comunicação ($93,1\pm 13,8$), agilidade ($56,0\pm 27,4$) e suporte social ($59,6\pm 47,7$), respectivamente. O domínio de instalações possui maior responsividade, principalmente nas questões de conforto nos consultórios, com defasagem apontada na limpeza dos banheiros. O domínio dignidade destacou-se por sua boa responsividade, assim como a comunicação. Porém, os domínios de agilidade e suporte social foram apontados com fraca responsividade, fato este que pode relacionar-se com as restrições a presença de acompanhantes na Unidade de Pronto Atendimento, bem como a procura indevida aos serviços de emergência e atendimento por prioridade, colaborando com a demora no atendimento e superlotação destes espaços. Encontrou-se associação com as variáveis faixa etária, etnia, sexo, escolaridade e primeiro atendimento. Os domínios que apresentaram associação são dignidade, comunicação, agilidade e suporte social. **Conclusão:** A Unidade de Pronto Atendimento do estudo apresentou boa responsividade geral no que se refere ao acolhimento, porém necessitando de melhorias nos domínios agilidade e suporte social. Ademais, destaca-se a importância dos estudos de avaliação para a identificação de aspectos positivos e negativos dos serviços de saúde e no estabelecimento de estratégias de melhorias nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Satisfação do paciente; Pesquisa sobre serviços de saúde; Acolhimento; Enfermagem; Qualidade da assistência à saúde; Enfermagem em emergência.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência das respostas dos usuários aos domínios Dignidade, Suporte Social e Agilidade.....	31
Tabela 2 – Frequência das respostas dos usuários dos domínios de Instalações e Comunicação.....	32
Tabela 3 – Boa e Fraca Responsividade dos Domínios.....	33
Tabela 4 – Características sociodemográficas e associação com os domínios da responsividade.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com classificação de Risco
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CS	Centros de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Redes de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	Sistema Único de Saúde e Redes de Atenção à Saúde.....	16
3.2	Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	17
3.3	Acolhimento com Classificação de Risco	18
3.4	Responsividade em Saúde.....	19
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Tipo de estudo.....	21
4.2	Local do estudo.....	21
4.3	Participantes do estudo	22
4.4	Coleta de dados.....	22
4.5	Análise de dados.....	23
4.6	Aspectos éticos em relação à pesquisa	24
5	RESULTADOS.....	26
5.1	Manuscrito.....	26
5.1.1	Introdução.....	27
5.1.2	Metodologia.....	29
5.1.3	Resultados.....	30
5.1.4	Discussão.....	37
5.1.5	Conclusão.....	43
5.1.6	Referências.....	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	49
	ANEXO A – Instrumento coleta de dados.....	57
	ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos HU/UFSC.....	60
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61

1 INTRODUÇÃO

A partir de mudanças sociodemográficas e epidemiológicas da população brasileira nas últimas décadas, com o aumento da mortalidade relacionada às doenças cardíacas, cerebrovasculares e acidentes de trânsito, observou-se a necessidade de estruturação acerca do atendimento a essas demandas. Portanto, em 2033, instituiu-se Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que introduziu e estruturou o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A UPA configura-se como serviço de complexidade intermediária e serve como ponte aos demais pontos da rede como atenção primária e atenção hospitalar. A partir da demanda desse serviço e como forma de sistematizar e qualificar o atendimento, implementou-se o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas UPA (Oliveira *et al.*, 2017).

O (ACCR) é uma diretriz implementada a partir da criação da Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003. Trata-se de uma estratégia que propõe a inserção da humanização no atendimento em saúde a partir de uma escuta qualificada e a consolidação de vínculos entre os usuários e os trabalhadores do serviço de saúde. Dessa forma, além de garantir o processo de acolhida do usuário no serviço, a classificação de risco promove uma estratificação de risco adequada para cada um, de forma singular e de acordo com o seu agravo e necessidade de intervenção (Morais *et al.*, 2021).

Apesar da sua implementação e importância, são escassos os estudos acerca da avaliação do ACCR no Brasil, os quais podem impactar em um processo de melhoria contínua dos serviços. Nesse meandro, salienta-se que a avaliação de políticas e programas no setor público ganhou relevância após a Segunda Guerra Mundial, tendo em vista a necessidade de se analisar atributos como eficácia, eficiência e efetividade da utilização de recursos oriundos do Estado (Teston *et al.*, 2021).

Já no Brasil, foi a partir da década de 80 que os estudos de avaliação em políticas de saúde começaram a se tornar relevantes, inicialmente desenvolvidos no âmbito acadêmico e sendo incorporados nas rotinas de administração públicas posteriormente. A partir das avaliações em saúde, pode-se desenvolver mudanças necessárias e rastreadas por meio dos estudos. No cenário de pesquisa atual,

prioriza-se a avaliação contextualizada e voltada para além do planejamento em saúde, em contraponto dos objetivos da década de 1980 (Teston *et al.*, 2021).

Nesta mesma década, as pesquisas de avaliação dos serviços na perspectiva dos usuários tornaram-se relevantes nos Estados Unidos e na Europa, enquanto que no Brasil essa relevância começou a partir da década de 90 como uma tentativa de melhoria na administração pública e ao considerar a perspectiva do usuário acerca da qualidade do serviço (Hollanda *et al.*, 2012).

Ressalta-se que a perspectiva do usuário é necessária para que exista maiores chances de acerto na formulação de políticas de saúde, de forma que respeite as suas necessidades. Além disso, possibilita a avaliação e reestruturação dos serviços a partir da participação popular. A avaliação do serviço a partir desta perspectiva é pertinente por inúmeras razões, como auxiliar na reflexão dos profissionais acerca do serviço ofertado pela equipe, identificação de problemas no cuidado prestado, análises para melhoria contínua e reorganização do serviço (Beckhauser *et al.*, 2018).

Dentre os tipos de avaliação que podem ser desenvolvidos em serviços de saúde, destacam-se os estudos sobre responsividade, principalmente no cenário de pesquisa internacional. Os aspectos não médicos referentes ao cuidado são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como responsividade, esse conceito vem como contraponto ao conceito de satisfação, uma vez que abrange diversos aspectos do cuidado em saúde para além da relação médico-paciente. Dessa forma, a responsividade vem como forma de avaliar a maneira como os sistema de saúde correspondem às expectativas dos usuários. Essas expectativas envolvem desde a infraestrutura até a dimensão que transpõem o direito à dignidade (Flores *et al.*, 2020).

Porém, a literatura acerca deste tipo de avaliação ainda é escassa no Brasil. A avaliação da qualidade dos serviços a partir da responsividade se destaca em relevância por diversas questões, como o acesso ao serviço de saúde. Nesse sentido, a pesquisa de Melo *et al.* (2017), realizada em uma unidade ambulatorial do SUS com 385 usuários idosos, identificou que as decisões sobre o tratamento e avaliação da qualidade do serviço oferecido, teve uma participação menor entre os idosos com menor grau de escolaridade. O tempo de espera foi um dos domínios com pior avaliação, apesar de ser considerado pelos participantes do estudo como um dos fatores mais importantes (Melo *et al.*, 2017). Dessa forma, uma das propostas para agilidade e diminuição do tempo de espera por atendimento, conforme a diretriz da PNH, é o ACCR (Morais *et al.*, 2021).

Diante do exposto e considerando-se a importância da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no âmbito dos atendimentos de urgências e emergências, assim como a da avaliação da responsividade proposta pela OMS, questiona-se: como os usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) avaliam a responsividade do serviço acerca do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)? Existe associação da avaliação da responsividade com as variáveis sociodemográficas e de atendimento?

Cabe informar que este estudo está vinculado ao macroprojeto do Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS – UFSC) intitulado Acolhimento com Classificação de Risco na rede de atenção às urgências: estudo avaliativo, coordenado pela Prof^a Eliane R.P. do Nascimento.

2 OBJETIVOS

-Avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento.

-Analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura visa sintetizar a fundamentação teórica que embasa o estudo, tendo como conteúdo o Sistema Único de Saúde e sua organização em Redes de Atenção à Saúde, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, o Acolhimento com Classificação de Risco e a Responsividade em Saúde.

3.1 Sistema Único de Saúde e Redes de Atenção à Saúde

O direito à saúde como dever do Estado é assegurado aos cidadãos brasileiros a partir do artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Na historicidade da saúde pública no Brasil, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira influenciou a conformação do Sistema Único de Saúde, com base nas diretrizes apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A partir da disposição da saúde como direito, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, delibera acerca das ações e organização para o funcionamento dos serviços (Rosário *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2022).

Nesse bojo, é preciso considerar as mudanças sociais e demográficas no cenário de saúde brasileiro, como o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas, que requerem a integração dos serviços de saúde, de forma que haja apoio mútuo e funcional entre eles, priorizando aqueles que necessitam mais e sempre visando uma melhoria sucessiva da saúde. Dessa forma, foi criada as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que buscam intervir no processo de saúde-doença mediante serviços e condutas baseados em diferentes densidades tecnológicas, processos logísticos e de gestão (Damaceno *et al.*, 2020; Tofani *et al.*, 2022).

Para garantir o acesso ao serviço de qualidade, humanizado e integrado dentro do sistema de saúde, as RAS funcionam de forma poliárquicas, com a atenção básica sendo o eixo da organização. Por assumir que os modelos de atenção devem ser diferentes dependendo da necessidade do usuário, a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, definiu cinco redes de atenção à saúde como prioritárias. Essas redes são denominadas de acordo com a finalidade em Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; Rede de Cuidado à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas e Rede de Atenção à Urgências e Emergências (Saúde, 2014; Damaceno *et al.*, 2020; Tofani *et al.*, 2022).

3.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Os dados epidemiológicos evidenciam que a maior parte das doenças com mortalidade alta no Brasil tem relação com situações de urgência e/ou emergência, necessitando de um atendimento ágil e eficaz. Nesse contexto, destaca-se dentre as Redes de Atenção à Saúde, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) sendo a sua organização um importante fator na intervenção adequada e organizada de doenças e agravos (Saúde, 2013).

No estudo de Malta *et al.* (2020), que visa a comparação da série histórica de morte por doenças cardiovasculares no Brasil a partir da comparação dos dados do estudo *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017)* e dos dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) entre 2000-2017, evidencia-se que o Brasil possui alta mortalidade relacionada às doenças cardíacas isquêmicas, doenças cerebrovasculares, infecções de vias aéreas inferiores e acidentes de trânsito (Malta *et al.*, 2020).

A RUE foi instituída no ano de 2011, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso ao atendimento humanizado e integral dos usuários em condições de urgência e emergência. A RUE integra diversos pontos de atenção em saúde e compreende que o atendimento aos pacientes nestas situações deve ser feito em todos os serviços que são portas de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Compreende desde os serviços de atendimento pré-hospitalar, hospitalar, atenção básica e domiciliar, promovendo acolhimento, capacitação profissional, promoção e prevenção em saúde (Konder; Odwyer, 2015).

Entre os serviços de atendimento de situações de urgência e emergência que integram a RUE encontram-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entendidas como serviços pré-hospitalares de complexidade intermediária, que fazem uma conexão entre as unidades básicas e as redes hospitalares. A organização das UPA na rede prevê o estabelecimento de pactos e fluxos, já que seu papel se destina ao atendimento de urgências e emergências e posterior contrarreferência para os outros serviços da RAS com a finalidade de seguimento no tratamento (Saúde, 2013).

As UPA são classificadas de acordo com o porte em Porte I, II e III. Para classificação, são considerados os critérios de população na área de abrangência, quantidade mínima de leitos de internação, número mínimo de leitos em sala de

urgência. Classifica-se como Porte I as UPA com área de abrangência de uma população de 50.000 a 100.000 habitantes, com mínimo 7 leitos de observação e 2 leitos de sala de urgência. O Porte II possui área de abrangência populacional de 100.001 a 200.000 habitantes, com 11 leitos de observação e no mínimo 3 leitos de sala de urgência. Como Porte III, define-se aquelas unidades com área de abrangência com 200.001 a 300.000 habitantes, contendo no mínimo 15 leitos de observação e 4 leitos de urgência (Konder; Odwyer, 2015; Saúde, 2013).

3.3 Acolhimento com Classificação de Risco

A Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS é uma política pública instituída em 2003 com o objetivo de articular e integrar os gestores, trabalhadores e usuários nos processos de gestão e cuidado com a fim de compreender as diferenças em um novo método de cuidado. A PNH possui como uma de suas diretrizes o acolhimento, que é o reconhecimento da singularidade do sujeito a partir de um processo de escuta ativa e garantia do acesso à saúde (Saúde, 2015).

A classificação de risco é um meio de estratificar o grau de risco de um usuário para aprimorar a priorização de atendimento, assim como agilizar o atendimento nos casos necessários. A partir disso, a PNH contribuiu para a implementação do acolhimento com classificação de risco, em contrapartida a um modelo de atendimento por ordem de chegada. Nessa proposta, o usuário é direcionado para o acolhimento e classificado de acordo com sua condição de saúde no momento e/ou agravos (Oliveira *et al.*, 2017).

Essa forma de acolhimento com classificação de risco auxilia no manejo do tempo de espera de forma singular e sistematiza o processo de trabalho conforme o grau de emergência/urgência, contribuindo para um melhor prognóstico nos casos em que o tempo de atendimento é mandatório, visto que erros nessa classificação podem acarretar no aumento da morbidade e mortalidade (Hinson *et al.*, 2018; Moraes *et al.*, 2021). As classificações de risco se dão por meio da utilização de protocolos, e é atribuição privativa do enfermeiro a sua aplicação, de acordo com a Resolução nº 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (Carmo; Souza, 2018).

Dessa forma, o Ministério da Saúde apresentou o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, que traz orientações para a os profissionais realizarem a classificação. Pelo protocolo do MS há quatro classificações que correspondem à

cores e números conforme prioridade. A cor vermelha (0) é o usuário com prioridade zero, que deve ser encaminhado imediatamente para a sala de reanimação e acionar a equipe médica com sinal sonoro, com tempo de atendimento até 15 minutos, em sua maioria aqueles com risco de morte iminente como choque e parada cardiorrespiratória (SAÚDE, 2004).

A cor amarela (1) refere-se à prioridade I, o qual deve ser encaminhado para consulta médica de forma imediata e com avaliação em até 30 minutos, situações de urgência com risco elevado de morte (convulsão, trauma moderado ou leve, queimaduras menores). A cor verde (2) é prioridade II não urgente que podem aguardar até 30 minutos (asma sem exacerbação, vômito e diarreia sem sinal de desidratação, abscessos) e a cor azul (3) é utilizada para consultas de baixa complexidade (SAÚDE, 2004).

Destaca-se que o usuário é acolhido em todos os âmbitos de atendimento, como pelos funcionários da portaria, recepção e estagiários antes de ser encaminhado para o ACCR em si com o enfermeiro. Para a avaliação portanto, coleta-se dados como a apresentação atual da doença, se possui algum sinal de alerta, queixa principal, sinais vitais e reavaliação constante (SAÚDE, 2004).

3.4 Responsividade em Saúde

A responsividade (*responsiveness*) é um conceito relativamente novo, sendo implementado pela OMS em 2000 e envolve a capacidade de um serviço, de acordo com seus padrões e princípios éticos, de responder às expectativas dos usuários desse serviço. O desempenho de um serviço, quando avaliado em termos de responsividade, refere-se às questões não médicas do atendimento (Yakob; Ncama, 2017).

As pesquisas que buscavam avaliar os serviços de saúde inicialmente avaliavam a satisfação do paciente no âmbito da relação médico-paciente, de forma que os principais objetivos das pesquisas eram a melhora clínica a partir de dimensões como a presença nas consultas, utilização adequada dos medicamentos e a adesão às prescrições e recomendações médicas. Posteriormente, ocorreu a inserção da satisfação dos pacientes enquanto atributo para avaliação da qualidade e não apenas como uma forma de adesão ao tratamento (Vaitsman; Andrade, 2005).

Sendo assim, há inúmeras formas para avaliar a qualidade em saúde. Ressalta-se a concepção de responsividade, inserida pela OMS como estratégia de avaliação de serviços de saúde, a qual permite avaliar o serviço na perspectiva do usuário, o que contribui para o acompanhamento daquilo que é ofertado, a estruturação de novas concepções de cuidado e também a consolidação da participação popular (Flores *et al.*, 2020; Melo *et al.*, 2021).

Para avaliar o serviço, a responsividade envolve questões como a ética e a dignidade, ampliando seu campo para além da clínica e avaliando como ocorre a interação entre o usuário e o serviço, assim como a sua capacidade de responder às expectativas e demandas existentes. Para esta avaliação, portanto, deve-se considerar as duas dimensões norteadoras, sendo elas o respeito pelas pessoas e a orientação para o cliente (Yakob; Ncama, 2017).

A dimensão de respeito pelas pessoas é composta pelos domínios: autonomia refere-se ao envolvimento do usuário nas decisões médicas; a dignidade durante o atendimento; comunicação de forma adequada e elucidada; confidencialidade como manutenção da privacidade, sigilo e cuidado com o prontuário (Yakob; Ncama, 2017; Melo *et al.*, 2017).

A dimensão de orientação para o cliente, compreende os domínios: integração social enquanto acesso à suporte social, como apoio familiar e religiosidade; instalações referente às condições de infraestrutura do local do atendimento, como conforto e limpeza; atendimento rápido como a agilidade nos cuidados em emergências, envolvendo também um menor tempo de espera para consultas e tratamentos. Por fim, o domínio de escolha que garante ao usuário a decisão sobre qual profissional será responsável pelo atendimento e mudança de setor/instituição. A partir desses domínios, a responsividade avalia a qualidade dos serviços de saúde visando garantir atendimento humanizado e digno ao usuário. (Yakob; Ncama, 2017; Melo *et al.*, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa permite ao pesquisador avaliar e associar/correlacionar os dados da amostra a determinadas variáveis, permitindo uma análise da dinâmica e estrutura destas relações. Os estudos correlacionais visam a identificação sistemática do fundamento das relações entre determinadas variáveis, opondo a avaliação direta das relações de causa e efeito. (Sousa; Driessnack; Mendes, 2007; Esperón, 2017;). Têm como finalidade descrever as variáveis e as relações que ocorrem espontaneamente entre elas. Desse modo, avalia-se essas relações a partir da covariância e características dessas relações ou associações (Sousa; Driessnack; Mendes, 2007; Esperón, 2017;).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma UPA do município de Florianópolis, estado de Santa Catarina. De acordo com o último censo do IBGE, o município de Florianópolis conta com aproximadamente 530 mil habitantes (IBGE, 2022) e três UPAs, a UPA Norte, a Sul e a do Continente.

A UPA Norte, local onde a pesquisa foi realizada, pertence ao Distrito Sanitário Norte, o qual é composto pelos bairros de Canasvieiras, Ratonés, São João do Rio Vermelho, Cachoeira do Bom Jesus e Ingleses do Rio Vermelho. A UPA é uma das quinze instituições de saúde que compõem tal distrito, juntamente com a Policlínica Norte e outros treze Centros de Saúde (CS) dos bairros: Vargem Pequena, Vargem Grande, Santo Antônio de Lisboa, Santinho, Rio Vermelho, Ratonés, Ponta das Canas, Jurerê, Ingleses, Capivari, Canasvieiras, Cachoeira do Bom Jesus e Barra da Lagoa (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2023).

Quanto à estrutura física e de recursos humanos, a UPA Norte possui seis consultórios para atendimento, sendo quatro para atendimento médico, dois para atendimento pediátrico e um odontológico, além de duas salas de acolhimento com classificação de risco. Atualmente a unidade conta com uma equipe de enfermagem com dez profissionais enfermeiros e quarenta e nove técnicos em enfermagem, além

dos profissionais médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais e de radiologia.

Essa unidade, presente em uma área de abrangência entre 200.001 a 300.000 habitantes, é considerada Porte III e atualmente está em reforma para ampliação. Em média são realizados de 16 a 20 mil atendimentos mensais (Secretaria Municipal de Saúde, 2023).

4.3 Participantes do estudo

O cálculo amostral foi realizado pelo *Statnet*. Participaram do estudo usuários da UPA Norte que atenderam os critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, ter sido atendido na UPA nos diferentes ambientes como recepção, acolhimento com classificação de risco, consultório médico, sala de medicação e ou procedimentos. Adotou-se como critério de exclusão usuários com dificuldade de comunicação e os que não lembravam de informações sociodemográficas. A amostragem foi por conveniência, considerando o número de usuários elegíveis atendidos no período estabelecido para a coleta de dados.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 11 de abril a 17 de agosto de 2022, e foi realizada por três alunos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo dois do curso de graduação em enfermagem e um do mestrado em enfermagem. Para capacitar os alunos para realizarem a coleta de dados, foi realizado um treinamento por uma doutora vinculada ao GEASS e ao macroprojeto no qual a pesquisa está inserida. Os dados foram coletados nos turnos matutino, vespertino e noturno em dias aleatórios de segunda a sábado. Para a coleta se aplicou um questionário sobre a responsividade do acolhimento desenvolvido nos estudos de Silva e Valentine (2000) e Gonçalves (2012), adaptado e validado por Hermida (2016).

O questionário (Anexo A) compreende duas partes, a primeira relacionada às características sociodemográficas (idade, gênero, procedência, raça/etnia, estado civil, grau de escolaridade e se é o primeiro atendimento na respectiva UPA). A segunda parte contempla 25 questões envolvendo a avaliação dos domínios à responsividade de acordo com a experiência dos usuários. Os domínios

correspondem às dimensões: respeito pelas pessoas e orientação para os clientes. Na dimensão respeito pelas pessoas estão incluídos os domínios dignidade, comunicação e agilidade, enquanto na dimensão de orientação para os clientes estão os domínios de suporte social e instalações.

Foram excluídos do presente estudo os domínios de escolha do profissional e autonomia, previstos na concepção de responsividade em saúde pela OMS, haja visto que ambos nem sempre podem ser garantidos em situações e atendimentos de urgência e emergência. Além disso, do domínio confidencialidade somente a privacidade foi avaliada como componente do domínio de dignidade.

As vinte e cinco questões relativas à responsividade envolvendo os cinco domínios, foram avaliadas por meio de uma escala Likert de cinco pontos. Essa escala possibilita avaliar o grau de concordância ou discordância das questões investigadas, sendo que a avaliação é mensurada por meio de pontuações com valores numéricos. Desta forma, quanto maior a pontuação atribuída a uma questão, maior é o nível de concordância dos participantes com a questão, enquanto a menor pontuação representa um grau de discordância maior (Feitosa *et al.*, 2014).

Enquanto pontuação dos domínios utilizou-se em dignidade, agilidade e suporte social os valores de 1 a 5, os quais correspondem a nunca (1), raramente (2), quase sempre (3), sempre (4) e não se aplica (5). Para os domínios comunicação e instalações empregou-se escores e pontuações muito ruim (1), ruim (2), boa/bom (3), muito boa/bom (4) e não se aplica (5).

A pontuação total do questionário varia de 25 a 100 pontos, de modo que quanto maior for o valor, maior será a responsividade. Acerca dos domínios, determina-se a pontuação mínima e máxima, sendo: 9 a 36 pontos para instalações, 2 a 8 para suporte social, 4 a 16 para agilidade e 5 a 20 pontos para os domínios de dignidade e comunicação. Após o preenchimento do questionário, disponível pelo *Google Forms*, os dados foram digitados e exportados para o *Microsoft Excel*® para prosseguir com a análise.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram importados do *Microsoft Excel*® para o software SPSS versão 20.0 para análise com auxílio de profissional estatístico, sendo aplicada análise descritiva, com avaliação de média e desvio padrão após submissão da amostra ao

teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Para avaliar como “boa” e “fraca” responsividade, agrupou-se as respostas conforme a pontuação. Desta forma, as respostas que pontuaram 1 ou 2 pontos, ou seja, correspondentes a muito ruim e nunca ou ruim e raramente, agruparam-se e foram avaliadas como “fraca responsividade”. Da mesma maneira, as pontuações 3 e 4, equivalentes de boa/bom e quase sempre ou muito boa/bom e sempre, foram avaliadas como “boa responsividade”. Para avaliação, não foram contabilizadas as respostas não se aplica, com pontuação 5.

Para avaliação das questões melhores pontuadas em cada domínio, observou-se a frequência e o percentil. Já para avaliar os fatores sociodemográficos em relação aos domínios foi necessário agrupar conforme a identificação dos participantes. Portanto, o agrupamento das características sociodemográficas dos participantes resultou nas categorias de gênero (masculino e feminino), faixa etária (jovens adultos e idosos), primeiro atendimento na UPA (sim e não) e estado civil (com e sem parceiro). Na categoria faixa etária, os participantes com idade de 18 anos até 59 anos foram agrupados como jovens e adultos, enquanto os que possuem 60 anos ou mais foram agrupados como idosos. Na categoria estado civil, agrupou-se os participantes casados e em união estável como com parceiro, enquanto os solteiros, separados, divorciados e viúvos ficaram como sem parceiro. Essas categorias, por possuírem apenas duas variáveis, foram avaliadas conforme teste t de *Student*.

As variáveis etnia (branca, amarela, parda, preta e indígena) e escolaridade (sem instrução, nível fundamental, médio e superior) foram avaliadas utilizando o teste de ANOVA com post hoc Tukey por possuírem duas ou mais variáveis. Para a variável escolaridade, agrupou-se os participantes que não possuem escolaridade em “sem instrução”, os que possuem ensino fundamental incompleto e completo em “ensino fundamental”; participantes com ensino médio completo e incompleto na categoria “ensino médio” e na categoria “nível superior” aqueles que possuem nível superior incompleto, completo e pós-graduação. Foi atribuída significância aos que obtiveram $p < 0,005$.

4.6 Aspectos ético em relação à pesquisa

O projeto possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH da UFSC, sob CAAE 43351021.5.0000.0121 (Anexo B) e

Parecer nº 4.647.494. Aos participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), em conformidade a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o qual foi devidamente apresentado e explicitado para concordância em prosseguir como participante. Portanto, todos os participantes concordaram e assinaram o TCLE.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em formato de manuscrito conforme preconizado no Art.3º da Instrução Normativa para Elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada em reunião de colegiado do Curso em 22.11.2017.

5.1 Manuscrito

“Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento sob a perspectiva da responsividade”

Resumo: O **objetivo** do estudo é avaliar a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e analisar a associação entre variáveis sociodemográficas e de atendimento com a responsividade. **Metodologia:** Estudo correlacional descritivo, quantitativo. A amostragem foi por conveniência e participaram do estudo 227 usuários. A coleta de dados ocorreu em uma unidade de pronto atendimento no sul do Brasil, de abril a agosto de 2022, por meio de um questionário com 25 questões distribuídas em cinco domínios: dignidade, comunicação, agilidade, instalações e suporte social. Os dados foram analisados com estatística descritiva. **Resultados:** Os domínios de instalações ($100\pm 0\%$), dignidade ($98,0\pm 7,8$), comunicação ($93,1\pm 13,8$) foram avaliados com boa responsividade, enquanto agilidade ($56,0\pm 27,4$) e suporte social ($59,6\pm 47,7$) obtiveram fraca responsividade, identificou-se associação sociodemográfica, identificou-se relação com as variáveis gênero e faixa etária com o domínio dignidade, escolaridade com comunicação, faixa etária e etnia com o domínio agilidade, e primeiro atendimento com suporte social. O domínio de instalações tem uma maior responsividade, sobretudo no tocante ao conforto nos consultórios, notando-se um déficit na limpeza dos banheiros. Enquanto isso, a dignidade se destacou pela boa avaliação. A comunicação também obteve boa avaliação sendo este um fator crucial na relação entre profissionais de saúde e usuários. Contudo, as áreas de agilidade e apoio social foram destacadas como pouco responsivas. **Conclusão:** Os domínios de instalações, dignidade e comunicação destacaram-se por sua boa responsividade. Porém, a unidade necessita de melhorias quanto à agilidade e suporte social, sendo estes os domínios avaliados com fraca responsividade. Ressalta-se a importância dos estudos de avaliação para subsidiar estratégias de melhorias nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Satisfação do paciente; Pesquisa sobre serviços de saúde, Acolhimento, Enfermagem, Qualidade da Assistência à Saúde, Enfermagem em emergência.

5.1.1 Introdução

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é uma medida de estratificação de risco adotada pelos serviços de urgência e emergência a partir da implementação do acolhimento enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2003. A PNH visa qualificar o serviço de saúde a partir de um atendimento mais humanizado, acolhedor e que integre o profissional e o usuário. Nessa perspectiva houve a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nos serviços de urgência, como uma forma de recepcionar o usuário com um atendimento humanizado e efetivo (Sacoman *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2016; Saúde, 2015).

Considerando-se que os serviços de urgência e emergência muitas vezes são porta de entrada do usuário para o sistema de saúde, além do aumento da procura por este tipo de atendimento, é necessário que exista uma forma de qualificar e priorizar essas demandas. Essa priorização se dá então a partir do ACCR, que visa identificar e direcionar os usuários para o atendimento de forma mais oportuna possível de acordo com a situação clínica, evitando desfechos desfavoráveis. A classificação de risco pretende diminuir o tempo de espera, otimizando o manejo dos pacientes em situações clínicas mais graves e possibilitando um melhor prognóstico (Sacoman *et al.*, 2019; Hermida *et al.*, 2018).

Além da classificação de risco em si, o ACCR contrapõe-se ao modelo de triagem utilizado anteriormente, em que o processo se encerra no momento da recepção do paciente. O ACCR possibilita que o usuário seja incluído em todas as etapas do atendimento em saúde a partir de uma escuta qualificada, que permite a vinculação do usuário com o serviço, priorizando o atendimento conforme a gravidade do caso (Sacoman *et al.*, 2019; Moraes *et al.*, 2021).

A qualidade da classificação de risco é um critério imprescindível para o prognóstico e melhora da morbimortalidade. Um estudo de coorte prospectivo realizado por Gonçalves *et al.*, (2015), realizado em um hospital em Minas Gerais, enfatizou que o sistema de triagem de Manchester foi um bom preditor no que se refere à relação entre risco de morte, hospitalização e tempo de permanência hospitalar. Dessa forma, destaca-se que os protocolos de classificação de risco favorecem um melhor prognóstico a partir da possibilidade de identificação rápida de pacientes com risco aumentado a partir da condição clínica, além de proporcionar

estratégias e protocolos sejam criados para melhora e otimização do sistema de classificação (Gonçales *et al.*, 2015).

Porém, é necessário que a equipe seja capacitada para a avaliação e o manejo das situações apresentadas pelos usuários, assim como para a aplicação dos protocolos definidos pela instituição. Na pesquisa de Hermida *et al.* (2018), realizada em uma UPA no estado de Santa Catarina, o treinamento de equipe e o conhecimento acerca das condutas de ACCR foram fatores avaliados como precários pelos profissionais, sendo necessário o desenvolvimento de capacitações para que o processo de acolhimento com classificação mais assertivo (Hermida *et al.*, 2018).

Ressalta-se que há um déficit acerca dos estudos de avaliação do ACCR, os quais poderiam contribuir no processo de melhoria do sistema de saúde. Uma perspectiva de avaliação, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é da responsividade. Os estudos acerca desta temática buscam avaliar a qualidade do serviço na perspectiva do usuário, possuindo um aspecto empírico baseado na experiência do participante durante a sua vivência no serviço (Teston *et al.*, 2021; Shimizu *et al.*, 2016).

Segundo a OMS, a responsividade refere-se às características do atendimento do serviço de saúde prestado ao usuário que não estão vinculadas ao atendimento médico direto, mas a maneira com que as demais questões do serviço respondem às expectativas e necessidades dos usuários (Shimizu *et al.*, 2016).

A responsividade se expressa em duas dimensões norteadoras, o respeito pelas pessoas e as orientações para os usuários, as quais compreendem oito domínios: autonomia, comunicação, privacidade, dignidade, suporte social, agilidade, instalações e escolha do profissional que realizará o atendimento (Yakob; Ncama, 2017; Mishima *et al.*, 2016).

Diante do exposto, considerando-se a escassez de estudos relativos à responsividade em sistemas de ACCR e tendo em vista a sua importância para mensurar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, questiona-se: como está sendo avaliada a responsividade do ACCR em uma UPA no estado de Santa Catarina. Assim, o objetivo da presente pesquisa é avaliar a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e analisar a sua relação com variáveis sociodemográficas.

5.1.2 Metodologia

Trata-se de um estudo correlacional descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido em uma UPA do estado de Santa Catarina, localizada no município de Florianópolis. A unidade realiza em média 18 mil atendimentos mensais. A amostragem foi por conveniência. Adotou-se como critérios de inclusão ser usuário da UPA, com no mínimo 18 anos e ter sido atendido profissional enfermeiro no acolhimento com classificação de risco e em diferentes ambiente da UPA, como: recepção, consultório médico, sala de administração de medicamentos, sala de procedimento, assim como terem concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critérios de exclusão participantes sem condições de responder ao questionário e que não recordavam de informações sociodemográficas.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2022, nos turnos matutino, vespertino e noturno, por um estudante de mestrado e dois alunos do Programa de Iniciação Científica, todos vinculados ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A coleta ocorreu com a aplicação de um questionário composto por duas partes: identificação de características sociodemográficas (idade, gênero, etnia, escolaridade, procedência, estado civil e primeira vez sendo atendido na UPA) e perguntas relativas à responsividade nas dimensões propostas pela OMS (respeito pelas pessoas e orientação para os usuários). Dos domínios que compreendem as duas dimensões, cinco foram contemplados no questionário.

Na dimensão de respeito pelas pessoas os domínios avaliados são: Dignidade, Comunicação e Agilidade enquanto na dimensão de orientação para os usuários incluem: Suporte Social e Instalações. A avaliação dos usuários seguiu uma escala do tipo Likert de 5 pontos, que nos domínios de Dignidade, Agilidade e Suporte Social foram representados por: nunca (1), raramente (2), quase sempre (3), sempre (4) e não se aplica (5). Os domínios comunicação e Instalações a pontuação atribuída foi: muito ruim (1), ruim (2), bom/boa (3), muito bom/boa (4) e não se aplica (5), sendo que esta última não empregada para a Comunicação.

As respostas que pontuaram 1 (muito ruim ou nunca) ou 2 (ruim e raramente) foram classificadas como fraca responsividade em relação ao ACCR. Para boa responsividade, agrupou-se as respostas que pontuaram 3 (boa/bom e quase sempre)

e 4 (muito boa/bom e sempre). As respostas com pontuação 5, referente a não se aplica, não foram pontuadas para a avaliação.

Para análise, os dados foram armazenados no software no programa *Microsoft Excel*[®], para serem analisados no software SPSS[®] versão 20.0, onde se realizou análise. Para análise dos dados, utilizou-se frequência e percentil para a média das respostas da escala Likert, enquanto utilizou-se média e desvio padrão para analisar a média de boa e fraca responsividade. Para as variáveis sociodemográficas divididas em duas categorias (estado civil, gênero, primeira vez sendo atendido na UPA e idade) a análise ocorreu com test T de *Student*, enquanto as variáveis com três ou mais categorias (escolaridade e etnia) foram analisada com ANOVA e post hoc de Tukey.

Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais. Para avaliar as dimensões, foram somadas as questões de cada dimensão que tivessem sido respondidas como boa responsividade e fraca responsividade, e esta soma foi dividida pelo número de questões de cada dimensão que tivessem sido respondidas. Assim, para cada participante, uma pontuação é atribuída. Por exemplo, um participante que em todas suas perguntas da dimensão dignidade (5 questões) tivesse respondido como boa responsividade, ele teria na dimensão 1 o valor 100%. Caso ele tivesse respondido só 1 questão como tendo boa responsividade, ele teria 20%.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH da UFSC, sob CAAE 43351021.5.0000.0121 e Parecer N° 4.647.494. Todos os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.1.3 Resultados

Constituíram a amostra 227 usuários, predominantemente mulheres (n=152; 63,0%), com procedência do estado de Santa Catarina (n=223; 98,2%) e do município de Florianópolis (n=221; 97,4%). A maioria já havia sido atendida na UPA Norte (n=195; 85,9%) e majoritariamente solteiros (n=113; 49,8%). Relativo à etnia, a maioria se identifica como brancos (n=127; 55,9%), seguido por pardos (n=52; 22,9%), pretos (n=29; 12,8%), amarelos (n=18; 7,9%) e indígenas (n=1; 0,4%).

Devido à diferença no modelo de resposta, as tabelas foram divididas em duas. Desta forma, na tabela 1 estão os domínios dignidade, suporte social e agilidade pois

as respostas variam de (1) nunca, (2) raramente, (3) quase sempre, (4) sempre e (5) não se aplica. Na tabela 2 estão os domínios de comunicação e instalações, com variações de respostas entre (1) muito ruim, (2) ruim, (3) boa, (4) muito boa/bom e (5) não se aplica.

Em relação ao domínio Dignidade, as questões melhores avaliadas foram: ser tratado com respeito pelo enfermeiro e outros profissionais, oportunidade de falar sobre o problema de saúde e privacidade durante o exame físico pelos profissionais médicos e enfermeiros. No domínio Suporte Social, receber apoio que não é fornecido pela UPA foi melhor avaliado em relação à oportunidade de receber amigos e familiares. Em agilidade, destaca-se que receber informações acerca do tempo de espera para o atendimento médico pelo o enfermeiro do ACCR obteve pior avaliação no domínio.

Tabela 1. Frequência das respostas dos usuários aos domínios Dignidade, Suporte Social e Agilidade. Florianópolis, SC, Brasil, 2023 (N=227).

	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Domínios Dignidade					
Tratado com respeito pelo enfermeiro no Acolhimento	2 (0,9)	3 (1,3)	34 (15,0)	188 (82,8)	-
Tratado com respeito no atendimento dos outros profissionais	3 (1,3)	2 (0,9)	37 (16,3)	185 (81,5)	-
Oportunidade de falar a vontade sobre o problema de saúde	2 (0,9)	2 (0,9)	14 (6,2)	209 (92,1)	-
Privacidade durante o exame físico realizado pelo enfermeiro	3 (1,3)	-	6 (2,6)	212 (93,4)	6 (2,6)
Privacidade durante o exame físico realizado pelo médico	3 (1,3)	1 (0,4)	7 (3,1)	210 (92,5)	6 (2,6)
Suporte Social					
Oportunidade de ter um acompanhante	25 (11,0)	6 (2,6)	9 (4,0)	38 (16,7)	149 (65,6)
Receber de apoio que não é fornecido pela UPA					

	6 (2,6)	-	3 (1,3)	6 (2,6)	212 (93,4)
Agilidade					
Tempo de espera para acolhimento adequado	59 (26,0)	36 (15,9)	58 (25,6)	74 (32,6)	-
Recebeu informações sobre tempo de espera para atendimento com o médico no acolhimento com enfermeiro	153 (67,4)	26 (11,5)	21 (9,3)	27 (11,9)	-
Tempo de espera para atendimento médico após acolhimento adequado	86 (37,9)	34 (15,0)	47 (20,7)	60 (26,4)	-
Tempo de espera para administração de medicamento após atendimento médico adequado	5 (2,2)	-	33 (14,5)	189 (83,3)	-

No domínio de instalações, destaca-se a qualidade da limpeza do local de espera, consultório médico e de enfermagem e sala para coleta de exames, assim como o conforto dos respectivos ambientes. Entretanto, observou-se defasagem na avaliação limpeza dos banheiros. No domínio Comunicação, a comunicação com os enfermeiros e outros profissionais foi bem avaliada.

Tabela 2. Frequência das respostas dos usuários dos domínios de Instalações e Comunicação. Florianópolis, SC, Brasil, 2023 (N=227).

Domínios Instalações	Muito ruim	Ruim	Boa/bom	Muito boa/bom	Não se aplica
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Limpeza local de espera para atendimento	10 (4,4)	26 (11,5)	118 (52,0)	67 (29,5)	6 (2,6)
Conforto local de espera do atendimento	18 (7,9)	58 (25,6)	107 (47,1)	42 (18,5)	2 (0,9)
Limpeza dos banheiros	16 (7,0)	31 (13,7)	62 (27,3)	43 (18,9)	75 (33,0)

Limpeza consultório de enfermagem (AACR)	3 (1,3)	5 (2,2)	147 (31,7)	72 (31,7)	-
Conforto consultório de enfermagem	-	11 (4,8)	152 (67,0)	64 (28,2)	-
Limpeza do consultório médico	-	8 (3,5)	149 (65,6)	70 (30,8)	-
Conforto do consultório médico	1 (0,4)	10 (4,4)	153 (67,4)	63 (27,8)	-
Limpeza local para coleta de exames	-	8 (3,5)	60 (26,4)	39 (17,2)	120 (52,9)
Conforto local para coleta de exames	-	1 (0,4)	57 (25,1)	51 (22,5)	118 (52,0)

Comunicação

Comunicação com enfermeiro	2 (0,9)	10 (4,4)	125 (55,1)	90 (39,6)	-
Comunicação com outros profissionais	3 (1,3)	3 (1,3)	121 (53,3)	100 (44,1)	-
Informações recebidas foram fáceis e claras de entender	2 (0,9)	6 (2,6)	114 (50,2)	105 (46,3)	-
Localização e identificação dos setores	6 (2,6)	27 (11,9)	126 (55,5)	68 (30,0)	-
Informações com os profissionais sobre a situação de saúde	1 (0,4)	8 (3,5)	127 (55,9)	91 (40,1)	-

Quanto à responsividade do ACCR, na avaliação pela média e o desvio padrão (DP) os domínios que obtiveram melhor responsividade foram Instalações (média=100±0%), Dignidade (média=98,0±7,8) e Comunicação (média=93,1±13,8), enquanto Agilidade (média=56,0±27,4) e Suporte Social (média=59,6±47,7) receberam médias de responsividade mais baixas.

Tabela 3. Frequência e percentual válido dos domínios em relação a Boa e Fraca Responsividade. Florianópolis, SC, Brasil, 2023 (N=227).

Domínios	Boa responsividade n (%)	Fraca responsividade n (%)
----------	-----------------------------	-------------------------------

Dignidade

Tratado com respeito pelo enfermeiro no Acolhimento	222 (97,8)	5 (2,2)
Tratado com respeito no atendimento dos outros profissionais	222 (97,8)	5 (2,2)
Oportunidade de falar a vontade sobre o problema de saúde	223 (98,2)	4 (1,8)
Privacidade durante o exame físico realizado pelo enfermeiro	218 (98,6)	3 (1,4)
Privacidade durante o exame físico realizado pelo médico	217 (98,2)	4 (1,8)

Comunicação

Comunicação com enfermeiro	215 (94,7)	12 (5,3)
Comunicação com outros profissionais	221 (97,4)	6 (2,6)
Informações recebidas foram fáceis e claras de entender	219 (96,5)	8 (3,5)
Localização e identificação dos setores	194 (85,5)	33 (14,5)
Informações com os profissionais sobre a situação de saúde	218 (96,0)	9 (4,0)

Agilidade

Tempo de espera para acolhimento adequado	132 (58,1)	95 (41,9)
Recebeu informações sobre tempo de espera para atendimento com o médico no acolhimento com enfermeiro	48 (21,1)	179 (78,9)
Tempo de espera para atendimento médico após acolhimento adequado	107 (47,1)	120 (52,9)
Tempo de espera para administração de medicamento após atendimento médico adequado	222 (97,8)	5 (2,2)

Suporte Social

Acompanhante	47 (60,3)	31 (39,7)
Receber de apoio que não é fornecido pela UPA	9 (60,0)	6 (40,0)

Instalações

Limpeza local de espera do atendimento	185 (83,7)	36 (16,3)
Conforto local de espera do atendimento	149 (65,6)	76 (33,5)
Limpeza dos banheiros	105 (69,1)	47 (3,9)
Limpeza consultório de enfermagem (AACR)*	219 (96,5)	8 (3,5)
Conforto consultório de enfermagem (ACCR)*	216 (95,2)	11 (4,8)
Limpeza consultório médico	219 (96,5)	8 (3,5)
Conforto consultório médico	216 (95,2)	11 (4,8)
Limpeza local coleta de exames	99 (92,5)	8 (3,5)
Conforto local coleta de exames	108 (99,1)	1 (0,4)

*AACR: Acolhimento com Classificação de Risco.

Identificou-se associação entre as variáveis de gênero em relação ao domínio de Dignidade; escolaridade no domínio Comunicação; faixa etária e etnia em relação à Agilidade e primeiro atendimento em relação ao domínio de Instalações.

Tabela 4. Características sociodemográficas e associação com os domínios. Florianópolis, SC, Brasil, 2023 (N=227).

Variáveis sociodemográficas	Dignidade média±DP	Comunicação média±DP	Agilidade média±DP	Suporte social média±DP	Instalações média±DP
Gênero					
Masculino	99,5±4,6	95,3±10,6	53,3±27,0	72,5±44,3	100±0,0
Feminino	97,4±8,9	92,1±15,0	57,4±27,5	55,5±48,4	100±0,0

	p=0,024	p=0,064	p=0,294	p=0,155	-
Escolaridade					
Sem instrução	100±0,0	83,3±28,9	41,7±28,9	100±0,0	100±0,0
Nível fundamental	99,2±4,0	97,4±7,7 ^a	58,9±26,5	58,3±48,2	100±0,0
Nível médio	97,7±9,8	93,1±13,0	55,5±28,4	56,4±48,9	100±0,0
Nível superior	97,9±9,8	90,4±17,5 ^b	55,7±26,3	61,8±48,5	100±0,0
	p=0,706	p=0,038	p=0,710	p=0,507	-
Faixa etária					
Jovens e adultos	97,8±8,4	92,7±14,2	53,5±27,0	54,5±448,9	100±0,0
Idosos	99,4±3,3	95,8±11,2	69,4±26,1	70,4±44,4	100±0,0
	p=0,053	p=0,143	p=0,001	p=0,157	-
Etnia¹					
Branca	98,0±8,1	91,9±15,0	61,6±27,6 ^a	65,3±47,0	100±0,0
Amarela	96,7±10,3	96,8±9,5	45,8±24,6	70,0±44,7	100±0,0
Parda	99,2±5,5	95,6±9,5	50,4±26,8	50,0±50,0	100±0,0
Preta	97,2±8,8	92,2±16,5	47,4±24,4 ^b	41,6±49,1	100±0,0
	p=0,719	p=0,446	p=0,005	p=0,390	-
Primeiro atendimento					
Sim	98,1±7,8	95,3±9,9	57,0±25,6	87,5±35,4	100±0,0
Não	98,1±7,9	92,8±14,3	55,9±27,8	56,7±48,2	100±0,0
	p=0,979	p=0,225	p=0,829	p=0,048	-
Estado civil					
Sem parceiro	97,9±8,3	93,0±14,8	55,4±27,1	66,3±47,1	100±0,0
Com parceiro	98,4±6,3	93,5±11,0	57,5±28,0	46,4±46,9	100±0,0
	p=0,629	p=0,787	p=0,594	p=0,072	

¹ A categoria indígenas foi retirada da análise por ser n=1, sendo incompatível com a análise de dados apresentados pela média±desvio padrão e comparados pelo teste t de Student para amostras independentes (duas categorias) ou análise de variância seguido do teste post hoc de Tukey.

^{a,b} Letras diferentes sinalizam médias diferentes do ponto de vista estatístico

Houve diferença significativa nas médias de agilidade na variável etnia ($p=0,005$), esta diferença localizou-se nas pontuações assinaladas pelos brancos em relação às assinaladas pelos negros (61,6 *versus* 47,4). A pontuação média do escore de comunicação com ensino fundamental foi 97,4 enquanto que no superior foi 90,4 encontrando-se uma diferença significativa ($p=0,038$).

5.1.4 Discussão

A partir dos resultados, destaca-se que o domínio com melhor responsividade é o de instalações, sendo que este resultado opõe-se aos demais encontrados na literatura nacional e internacional. Nos estudos de Melo *et al.* (2017) Mishima *et al.* (2016) desenvolvidos no Brasil, evidenciou-se que o domínio de instalações obteve má avaliação por parte dos usuários, o que evidencia a precariedade de muitos serviços de saúde. No estudo de Amani *et al.* (2021), desenvolvido na Tanzânia, destacou-se a inadequação da limpeza dos ambientes, assim como a conservação e aparência dos estabelecimentos de saúde, caracterizando que a manutenção das infraestruturas é deficiente (Amani *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2017; Mishima *et al.*, 2016).

Assim também na pesquisa de Forouzan *et al.* (2016), desenvolvida na capital do Irã, o domínio de instalações obteve a pior avaliação dentro do estudo. Em contraponto, a pesquisa de Hermida *et al.* (2019) desenvolvida em uma Unidade de Pronto Atendimento no sul do Brasil, o domínio de instalações obteve uma boa avaliação, ficando atrás somente dos domínios de dignidade e comunicação, contudo, os autores destacam a necessidade de melhorias no que se refere a limpeza e conforto (Hermida *et al.*, 2019).

A ambiência, dentro da proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) é o reconhecimento dos espaços físicos das instituições de saúde como espaços sociais, profissionais e de vínculos interpessoais. Dessa forma, a ambiência contribui para a formação de uma atenção em saúde mais humanizada, podendo proporcionar acolhimento e resolutividade (Sato; Ayres, 2015). Como uma das diretrizes da PNH,

a ambiência é norteadada por três eixos principais: ambiência como espaço que objetiva confortabilidade, espaço que atua como instrumentos do processo de trabalho e espaço de encontro entre os usuários (Sato; Ayres, 2015; Saúde, 2015). Logo, a ambiência na UPA deve ser também foco de atenção dos gestores, com o objetivo de assegurar que a mesma seja adequada ao ACCR.

Na presente pesquisa, todas as questões do domínio de instalações obtiveram boa responsividade, destacando-se o conforto do consultório médico, de enfermagem e da sala de coleta de exames com os maiores percentuais avaliados. Porém, a questão da limpeza dos banheiros foi a que obteve menor pontuação dentro do domínio.

A limpeza dos espaços de saúde é um fator importante tanto por questões de controle e prevenção de infecções relacionadas ao ambiente de saúde quanto por sua contribuição na manutenção e conservação de patrimônio e espaço físico. A limpeza também é significativa para a garantia do bem-estar e do conforto dos usuários, profissionais e visitantes do serviço (Chaves *et al.*, 2015). Apesar da UPA ser um serviço em que a estadia do paciente é limitada, ou seja, ele prosseguirá com alta ou será contrarreferenciado para outro ponto da rede, a sua infraestrutura e o ambiente contribuem de forma significativa para a experiência do usuário junto ao serviço.

A dignidade foi o segundo melhor domínio avaliado pelos participantes e os dados mostram significância estatística em relação às variáveis homens e mulheres ($p=0,024$), o que revela que a avaliação da dignidade tem associação com o gênero. Os resultados obtidos na pesquisa corroboram com as demais pesquisas sobre avaliação da responsividade em nível nacional.

No estudo de Hermida *et al.* (2019) realizado em uma UPA e no de Shimizu *et al.* (2016), em unidades de Estratégia de Saúde da Família, a dignidade foi o domínio com maior avaliação, sendo considerada como excelente. Na pesquisa de Melo *et al.* (2017), desenvolvida com usuários idosos em uma ambulatório, a dignidade também foi avaliada com boa responsividade, sendo melhor avaliada por homens em relação às mulheres, resultado corroborado no estudo de Ughasoro *et al.* (2017), que identificou houve melhor significância no domínio de dignidade avaliado por homens do que por mulheres (Melo *et al.*, 2017; Ughasoro *et al.*, 2017).

Assim como no estudo de Ughasoro *et al.* (2017), em que a dignidade ocupou a terceira melhor avaliação, no âmbito internacional outros estudos contrapõe-se com os resultados encontrados. Por exemplo, o estudo de Mohammadi e Kamali

(2014) realizado em serviços hospitalares na cidade de Zanjan, no Irã, demonstrou que o domínio da dignidade obteve quarto lugar em responsividade, demonstrando ineficiência do domínio no respectivo serviço de saúde (Mohammadi; Kamali, 2014; Ughasoro *et al.*, 2017).

Contudo, nem todos os estudos internacionais antagonizam os resultados brasileiros. No estudo de Forouzan *et al.* (2016), realizado no Teerã, a dignidade obteve a segunda melhor avaliação, assim como no estudo de Bramesfeld *et al.*, desenvolvido na Alemanha (Forouzan *et al.*, 2016; Bramesfeld *et al.*, 2007).

Ainda acerca do domínio Dignidade evidenciada nos estudos brasileiros se alinha à diretrizes da PNH e da proposta do ACCR, que busca organizar o atendimento de urgência e emergência com qualidade e de forma efetiva. A qualidade e o êxito para atender às demandas dos usuários é possível a partir de um preparo técnico e relacional dos profissionais de saúde (Silva *et al.*, 2016).

No tocante ao preparo relacional, destaca-se comunicação, domínio que obteve a terceira melhor responsividade no estudo. A comunicação em saúde é um fator indissociável na relação entre profissionais e usuários do serviço, uma vez que é a base para diversas ações como promoção, ensino e prevenção em saúde. Além disso, para ser efetiva, tal comunicação em saúde deve considerar as diferenças sociodemográficas, culturais e cognitivas da população (Nunes, 2019).

Para além da comunicação verbal, ou seja, aquela que ocorre diretamente entre a pessoa que emite a mensagem e o receptor com uso de recursos verbais e escritos, ressalta-se os aspectos não verbais na comunicação em saúde, como a utilização de símbolos e demais signos para identificação de salas, direção e localização, recursos que auxiliam na organização do ambiente e direcionamento dos usuários (Nunes, 2019).

Neste estudo, houve diferença estatística significativa na avaliação do domínio comunicação em relação aos usuários com nível fundamental e superior ($p=0,038$), este último avaliou de forma inferior o domínio. Apesar disso, os estudos nacionais avaliam a comunicação com boa responsividade, sendo que nos estudos de Melo *et al.* (2017) foi o domínio com melhor responsividade, enquanto nos estudos de Shimizu *et al.* (2016) e Hermida *et al.* (2019) o respectivo domínio obteve a segunda melhor responsividade.

Nos estudos internacionais, a comunicação também foi avaliada com boa responsividade (Mohammadi e Kamali, 2014; Kapologwe *et al.*, 2020; Negash *et al.*,

2022). No estudo de Negash *et al.* (2022) desenvolvido em serviço de atenção primária na Etiópia o domínio da comunicação, ocupou a terceira melhor avaliação e na pesquisa de Mohammadi e Kamali (2014), a segunda posição. Diferentemente, uma fraca responsividade foi atribuída ao domínio no estudo de Ughasoro *et al.* (2017 ficando como a quarta melhor avaliação.

O ACCR estabelecido conforme a PNH enfatiza a importância dessa ferramenta como um mecanismo relacional, ou seja, as intervenções se baseiam em um processo de escuta qualificada, objetivando a garantia ao acesso e resolutividade dos serviços de saúde, assim como a construção de vínculos. Nesse sentido, a classificação de risco é uma atribuição que exige dos profissionais competência nas áreas de comunicação e relações interpessoais (Hermida *et al.*, 2018).

Ademais, considerando-se que o acolhimento não se encerra no momento do atendimento do usuário na recepção ou na classificação de risco, uma vez que este perpassa por inúmeros profissionais em diferentes ambientes do serviço, salienta-se a importância do preparo e domínio da comunicação pelos profissionais (Hermida *et al.*, 2018), incluindo-se aqueles que atuam na recepção, como os vigilantes que auxiliam nas informações e demais profissionais que fazem parte do serviço de saúde e não constituem a relação médico-paciente de forma direta.

O domínio agilidade foi o quarto melhor avaliado, demonstrando fraca responsividade. Neste domínio, houve significância estatística na avaliação dos jovens e adultos em relação aos idosos e nos negros em relação aos brancos, os quais avaliaram pior o domínio. Em contraponto, no estudo de Melo *et al.* (2017) também identificou diferença no atendimento para os idosos negros, sendo que estes possuem menor qualidade no respeito à privacidade e explicação clara. No mesmo estudo, porém, não houve associação entre faixa etária e agilidade, e foi o domínio pior avaliado (Melo *et al.*, 2017).

Quanto à agilidade, o estudo de Hermida *et al.* (2019), também referente ao ACCR de uma UPA, esse domínio foi avaliado como o pior segundo os usuários, e os achados sociodemográficos corroboram com o presente estudo, já que os idosos avaliaram melhor a agilidade em relação aos jovens e adultos. Embora a avaliação dos idosos quanto à agilidade tenha sido mais positiva e o Estatuto do Idoso represente um avanço no direito desse público e garanta atendimento preferencial em serviços públicos e privados, destaca-se que isto não se aplica a atendimentos em saúde, tendo em vista que a gravidade é mandatória (Lubenow; Silva, 2019).

Ainda nos estudos nacionais, Shimizu *et al.* (2016) também revelaram que o domínio agilidade apresentou avaliação insatisfatória para os usuários. Em âmbito internacional, Mohammadi e Kamali (2014) e Kapologwe *et al.* (2020) demonstraram que a agilidade possui boa responsividade, enquanto o estudo de Negash *et al.* (2022) corrobora os resultados brasileiros e apontou fraca responsividade no domínio.

Inúmeros aspectos podem interferir na agilidade do atendimento em Unidades de Pronto Atendimento como o próprio fato do ACCR se dá a partir da priorização conforme gravidade clínica do usuário, e não por ordem de chegada (Figueiredo *et al.*, 2019) de modo que serão atendidos primeiramente aqueles com risco iminente e/ou risco de agravo em detrimento dos que não oferecem risco imediato ao usuário.

Isto se deve ao acolhimento com classificação de risco, que supera uma lógica de triagem e atendimento por ordem de chegada para uma lógica de priorização de acordo com gravidade, prevenindo agravos e contribuindo para um melhor prognóstico. Assim, intercorrências ou chegadas de casos de emergência que exigem mobilização e centralização da equipe com deslocamento de profissionais para estes atendimentos prioritários contribuem para o aumento no tempo de espera (Hermida *et al.*, 2018; Hermida *et al.*, 2019).

Outro aspecto que contribui para a demora nos atendimentos é a busca inapropriada pelos serviços de urgência e emergência, ou seja, usuários com casos não urgentes procurando atendimento nestes serviços o que produz a superlotação do serviço, maior tempo de espera por atendimento, insatisfação e desconforto dos usuários. Para aumentar a satisfação e compreensão dos usuários acerca do tempo de espera, é importante que o funcionamento do ACCR seja esclarecido aos usuários, elucidando o processo por prioridade de quadro clínico (Hermida *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2016).

Nesse meandro, salienta-se a importância da comunicação sobre o funcionamento do ACCR pois a incompreensão do mesmo pode ocasionar situações de violência. Em dois estudos nacionais, sendo o de Oliveira *et al.* (2020) desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento e o de Freitas *et al.* (2018) em uma classificação de risco, revelou a susceptibilidade dos profissionais de enfermagem em sofrer violência, predominantemente verbal, nestes espaços (Freitas *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2020).

Os estudos elucidaram que as questões que direcionam a este tipo de acontecimento referem-se principalmente à insatisfação e à falta de compreensão

sobre o tempo de espera. O estudo de Freitas *et al.* (2018) destaca ainda a procura indevida do serviço como fator para o aumento no tempo de espera e também a vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem que trabalham na classificação de risco, já que estes são os responsáveis pelo repasse de informações e impedimento de situações que não são classificadas como urgentes (Freitas *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2020).

O domínio com pior avaliação no presente estudo foi o de Suporte Social, o qual diz respeito ao acesso do usuário à sua rede de apoio social/familiar, cuidadores, liberdade de exercer seus princípios religiosos e oferta de alimentação para os acompanhantes (Melo *et al.*, 2017). Nos achados nacionais, a pesquisa de Hermida *et al.* (2019) demonstrou fraca responsividade neste domínio, enquanto no estudo de Melo *et al.* (2017) o suporte social não foi avaliado por não se aplicar à unidade ambulatorial. Nos estudos internacionais, o de Mohammadi e Kamali (2014) desenvolvidos em unidades hospitalares, e o de Kapologwe *et al.* (2020), desenvolvido na atenção primária, demonstraram boa responsividade no domínio. O presente estudo e o de Hermida *et al.* (2019) foram desenvolvidos em UPA e demonstraram os mesmos resultados. Desta forma, infere-se que o ambiente da pesquisa influencia diretamente na avaliação.

O acompanhante fornece suporte social e emocional, além de auxiliar nos cuidados do paciente sob orientação da equipe, sendo uma presença necessária em todos os espaços de saúde. Porém, quando se trata de uma UPA existem algumas restrições para tal presença (Lubenow; Silva, 2019), sendo permitido acompanhante nas seguintes situações: pessoas idosas (>60 anos), pessoas menores de idade (<18 anos) e pessoas com deficiência. Portanto, os usuários que não se encaixam nesse perfil possuem acesso restrito ao acompanhante. Além disso, por ser um serviço com permanência limitada (até 24 horas) muitas vezes não oferta alimentação (Hermida *et al.*, 2019).

Além disso, outros fatores interferem na questão do acompanhante, como a questão do conforto e disponibilidade de espaço físico para comportar os mesmos, o que é dificultado em unidades de pronto atendimento já que não possui perspectiva de permanência prolongada, prejudicando o planejamento da ambiência voltado para os acompanhantes (Costa *et al.*, 2015).

Pelo exposto, considerando-se o suporte social como o domínio com pior avaliação responsividade, merece ser pensado com maior atenção aos conceitos de

humanização do acolhimento, já que a presença de suporte social e emocional oferecido pelo acompanhante e o acesso ao mesmo representam importância no processo de cuidar dos pacientes, incluindo aqueles em estado crítico (Lubenow; Silva, 2019).

5.1.5 Conclusão

Os resultados apontam que os domínios com melhor responsividade pertencem a dimensão de respeito pelas pessoas, sendo estes a dignidade e comunicação. Na dimensão de orientações para o cliente, os domínios de agilidade e suporte social obtiveram fraca responsividade, enquanto o domínio de instalações foi o melhor avaliado. Desta forma, ao utilizar o Acolhimento com Classificação de Risco, é imprescindível que o atendimento oferecido no serviço corrobore com os objetivos da PNH, o que de maneira geral, se evidencia através dos dados do presente estudo.

Ademais, os domínios de agilidade e suporte social demonstraram-se precários e requerem maior atenção. No domínio de suporte social, inúmeros fatores podem interferir na qualidade do domínio, como as condições para permissão de acompanhante nas Unidades de Pronto Atendimento. A agilidade no tempo de atendimento também está atrelada a questões como a prioridade do atendimento de casos graves, número de profissionais da equipe, procura indevida do serviço e superlotação.

Identificou-se associação das variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade, havendo significância estatística nas variáveis de gênero, faixa etária, primeira vez sendo atendido na UPA, escolaridade e etnia nos domínios de Agilidade, Comunicação, Suporte Social e Dignidade.

É necessário que mais estudos voltados para responsividade sejam desenvolvidos em Unidades de Pronto Atendimento que possuam acolhimento com classificação de risco, de forma a comparar e sugerir avanços para estes serviços.

5.1.5 Referências do manuscrito

AMANI, Paul Joseph *et al.* Health insurance and health system (un) responsiveness: a qualitative study with elderly in rural Tanzania. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-11, 22 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-07144-2>. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07144-2>. Acesso em: 10 out. 2023.

BECKHAUSER, Sheila Patrícia Ramos *et al.* Qualidade de serviços em saúde: uma avaliação em ambulatórios gerais de uma cidade localizada no sul do Brasil.. **Revista de Estudos Sociais**, [S.L.], v. 20, n. 40, p. 127-141, 3 jul. 2018. Revista de Estudos Sociais. <http://dx.doi.org/10.19093/res6300>. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/res/article/view/6300>. Acesso em: 10 out. 2023.

BRAMESFELD, Anke *et al.* How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsivenessconcept. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-12, 2 jul. 2007. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-7-99>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-99>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi *et al.* Hospital governance, hygiene and cleaning: nurse management space. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1166-1174, 24 nov. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004010014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/FsMPdFwH3qCgdPtRvFrHskg/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

COSTA, Maria Antonia Ramos *et al.* Admittance of risk-classified Cases: assessment of hospital emergency services. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 491-497, jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150065>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ljd4rnYpP5rG67xppyVHxXc/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023

FIGUEIREDO, Chiara Lubich Medeiros de *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco: um olhar tridimensional. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 148, 9 dez. 2019. Editora e Distribuidora Educacional. <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p148-154>.

FOROUZAN, Setareh *et al.* Measuring the Mental Health-Care System Responsiveness: results of an outpatient survey in Tehran. **Frontiers In Public Health**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 1-8, 27 jan. 2016. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2015.00285>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4728407/>. Acesso em: 10 out. 2023.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de *et al.* A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Revista Gaúcha de**

Enfermagem, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 1-8, 12 abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/RGRxYF4qtXRPKPt3fRxkvPQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

GONÇALES, Paula Caroline *et al.* Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital. **Investigación y Educación En Enfermería**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 424-431, 15 out. 2015. Universidad de Antioquia. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a05>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28569949/>. Acesso em: 23 out. 2023.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 52, p. 1-7, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3kNRDN79CfsvBXwDFMBMGWd/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Responsiveness of the embracement with risk classification: user's evaluation in emergency care unit. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 1-16, jul. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0480>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YXvchnrjclB8V8pLRxvJpbv/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

KAPOLOGWE, Ntuli A. *et al.* Assessing health system responsiveness in primary health care facilities in Tanzania. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 2-10, 10 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-4961-9>.

LUBENOW, Juliana Almeida Marques; SILVA, Antonia Oliveira. What the elderly think of the care provided by health services. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1-13, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180195>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/L3qCPGkgPXtXBwvjv7wmPFZv/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

MELO, Denise da Silva *et al.* Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 62, p. 1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006854>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7n4Y4YLxkQnLhJpDYnzWDv/?lang=en>. Acesso em: 10 set. 2023.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-7, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tTTKM37fwBGkk9b6m3FJbzQ/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

MOHAMMADI, Ali; KAMALI, Koorosh. Responsiveness in the Healthcare Settings: A Survey of Inpatients. **International Journal Of Hospital Research**, Zanjan, v. 3, n. 3, p. 123-132, set. 2014. Disponível em: https://ijhr.iuums.ac.ir/article_7706.html. Acesso em: 10 out. 2023.

MORAIS, Laryssa de Farias *et al.* O Protocolo de Manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-13, 22 jun. 2021. Universidade Federal do Triangulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v10i1.4210>. Disponível em: doi:10.18554/reas.v10i1.4210. Acesso em: 10 set. 2023.

NEGASH, Wubshet Debebe *et al.* Health system responsiveness and associated factors among outpatients in primary health care facilities in Ethiopia. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-11, 24 fev. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07651-w>.

NUNES, Alexandre Moraes. A importância da comunicação com profissionais de saúde. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 113-121, set. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116198>. Acesso em: 10 out. 2023.

OLIVEIRA, Camila de Souza *et al.* Violence at work in emergency care units: nurses' experiences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 1-7, 12 ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3856.3323>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZWmrHmsBrmDCsmBXmkCPFqQ/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

SACOMAN, Thiago Marchi *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 354-367, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Acesso em: 10 set. 2023.

SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 19, n. 55, p. 1027-1038, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/yFb7cdbmY6KM8SQrx9hDjgG/?lang=pt#>. Acesso em: 10 out. 2023.

SAÚDE, Ministério da. **Política Nacional de Humanização PNH: Humaniza SUS**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37473>. Acesso em: 10 set. 2023.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* Index of Responsiveness of the Urban Family Health Strategy in Urban Areas. **Acta Paul Enferm**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 332-339, jan. 2016.

SILVA, A.; VALENTINE, N. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. Geneva: World Health Organization, 2000. (GPE Discussion Paper Series: No.21

SILVA, Pollyane Liliane *et al.* Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 427-433, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400008>.

TESTON, Luci Maria *et al.* Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-22, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310127>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n1/e310127/>. Acesso em: 10 set. 2023.

UGHASORO, Md *et al.* An exploratory study of patients' perceptions of responsiveness of tertiary health-care services in Southeast Nigeria: a hospital-based cross-sectional study. **Nigerian Journal Of Clinical Practice**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 267, mar. 2017. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/1119-3077.183255>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28256478/>. Acesso em: 10 out. 2023.

YAKOB, Bereket; NCAMA, Busisiwe Purity. Measuring health system responsiveness at facility level in Ethiopia: performance, correlates and implications. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-12, 11 abr. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2224-1>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2224-1>. Acesso em: 10 set. 2023.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 599-613, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D9JyBXkk4yWnKhqVFRCLrKC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco na UPA Norte foi avaliado pelos usuários com boa responsividade, sendo os domínios de instalações, dignidade e comunicação os que apresentaram melhor responsividade, à medida que os domínios de agilidade e suporte social foram avaliados com fraca responsividade. Dessa forma, destaca-se a importância da Política Nacional de Humanização para a garantia de um atendimento com acolhimento que assegure a dignidade, escuta ativa e as relações entre profissionais e usuários.

A responsividade do ACCR foi melhor avaliada por usuários com idade ≥ 60 anos, de gênero masculino, com nível fundamental (incompleto e completo) e brancos, análise que pode ser importante para avaliação da qualidade do serviço prestado, de forma a identificar desigualdades no atendimento entre os grupos de usuários.

Além disso, a importância dos estudos acerca de responsividade está na avaliação de fatores intrínsecos ao cuidado em saúde que estão além da relação médico-paciente. Sendo assim, é possível expandir a perspectiva de qualidade em saúde e ampliar os campos de estudo acerca do assunto, como no caso do presente estudo, em que variáveis sociodemográficas e de atendimento puderam ser analisadas em relação a responsabilidade da UPA.

Destacam-se a importância da devolução dos presentes resultados para o serviço em que a pesquisa foi realizada, sendo possível avaliar e estabelecer as necessidades de melhoria, assim como a perspectiva dos usuários acerca do serviço. Recomenda-se que novos estudos sejam realizados, principalmente em âmbito nacional, para o desenvolvimento e possível comparação entre os estudos. Nessa tangente, enquanto limitações do estudo, evidencia-se a análise parcial dos dados devido ao tempo de coleta e em relação aos estudantes que participaram da coleta.

Por fim, a responsividade da UPA Norte é considerada boa, melhorias são necessárias para um atendimento mais rápido e integração social adequada. É necessário o desenvolvimento de estudos sobre responsividade no Acolhimento com Classificação de Risco, devido a sua defasagem no cenário de pesquisa atual.

REFERÊNCIAS

AMANI, Paul Joseph *et al.* Health insurance and health system (un) responsiveness: a qualitative study with elderly in rural tanzania. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-11, 22 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-07144-2>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07144-2>. Acesso em: 10 out. 2023.

ANZILIERO, Franciele *et al.* Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 37, n. 4, p. 1-6, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>. Acesso em: 10 set. 2023.

BECKHAUSER, Sheila Patrícia Ramos *et al.* Qualidade de serviços em saúde: uma avaliação em ambulatórios gerais de uma cidade localizada no sul do Brasil.. **Revista de Estudos Sociais**, [S.L.], v. 20, n. 40, p. 127-141, 3 jul. 2018. Revista de Estudos Sociais. <http://dx.doi.org/10.19093/res6300>. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/res/article/view/6300>. Acesso em: 10 out. 2023.

BRAMESFELD, Anke *et al.* How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsivenessconcept. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-12, 2 jul. 2007. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-7-99>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-99>. Acesso em: 10 out. 2023.

CARMO, Bruno Ambrósio.; SOUZA, Gilberto de. Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do protocolo de Manchester: uma revisão da literatura. *Revista Acervo*, v.11, n.1, p.1-8. 2018. DOI: http://doi.org/10.25248/REAS140_2018

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi *et al.* Hospital governance, hygiene and cleaning: nurse management space. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1166-1174, 24 nov. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004010014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/FsMPdFwH3qCgdPtRvFrHskg/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

COSTA, Maria Antonia Ramos *et al.* Admittance of Risk-Classified Cases: assessment of hospital emergency services. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 491-497, jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150065>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/Ljd4rnYpP5rG67xppyVHxXc/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023

DAMACENO, Adalvane Nobres *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 10, n. 14, p. 1-14, 29 jan. 2020. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769236832>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832>. Acesso em: 10 set. 2023.

ESPERÓN, Julia Maricela Torres. Quantitative Research in Nursing Science. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-2, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170027>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-840444>. Acesso em: 23 out. 2023.

FEITOSA, Manuella Carvalho *et al.* Uso de escalas/testes como instrumento de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 13, n. 2, p. 92-97, dez. 2014.

FIGUEIREDO, Chiara Lubich Medeiros de *et al.* Acolhimento com Classificação de Risco: um olhar tridimensional. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 148, 9 dez. 2019. Editora e Distribuidora Educacional. <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p148-154>.

FLORES, Nayyara Glicia Calheiros *et al.* Responsividade dos Centros de Saúde Auditiva de Maceió: avaliação dos usuários. **Codas**, [S.L.], v. 32, n. 5, p. 1-6, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20202019029>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/ZSqBQH5mgq856nBcsWqWhwQ/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 23 out. 2023.

FOROUZAN, Setareh *et al.* Measuring the Mental Health-Care System Responsiveness: results of an outpatient survey in Tehran. **Frontiers In Public Health**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 1-8, 27 jan. 2016. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2015.00285>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4728407/>. Acesso em: 10 out. 2023.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de *et al.* A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 38, n. 3, p. 1-8, 12 abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/RGRxYF4qtXRPKPt3fRxkvPQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

GONÇALES, Paula Caroline *et al.* Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a Emergency Hospital. *Investigación y Educación En Enfermería*,

[S.L.], v. 33, n. 3, p. 424-431, 15 out. 2015. Universidad de Antioquia. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a05>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28569949/>. Acesso em: 23 out. 2023.

GONÇALVES, L. C. Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência de uma capital do nordeste. 2012. 122p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2012.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. **A. Avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco**. 2016. 304 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/175868>. Acesso em: 23 out. 2023.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 52, p. 1-7, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3kNRDN79CfsvBXwDFMBMGWd/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Responsiveness of the embracement with risk classification: user's evaluation in emergency care unit. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 1-16, jul. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0480>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YXvchrnjcLB8V8pLRxvJpbv/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

HINSON, Jeremiah S *et al.* Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil: a retrospective cohort analysis. **International Journal Of Emergency Medicine**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-10, 15 jan. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12245-017-0161-8>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768578/>. Acesso em: 10 set. 2023.

HOLLANDA, Eliane *et al.* Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 12, p. 3343-3352, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ygdjDpPpsvb85WykgKzt8NS/>. Acesso em: 10 set. 2023.

IBGE (org.). **População Florianópolis no último censo**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em: 10 out. 2023.

KAPOLOGWE, Ntuli A. *et al.* Assessing health system responsiveness in primary health care facilities in Tanzania. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 2-10, 10 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-4961-9>.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 525-545, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pSkDjKZ3BccqY44qffyYWkC/>. Acesso em: 10 out. 2023.

LUBENOW, Juliana Almeida Marques; SILVA, Antonia Oliveira. What the elderly think of the care provided by health services. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1-13, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180195>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/L3qCPGkgPXtXBwjv7wmPFZv/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as Estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2000-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], p. 152-160, 6 jul. 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20190867>. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190867>. Acesso em: 10 set. 2023.

MELO, Denise da Silva *et al.* Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 62, p. 1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006854>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7n4Y4YLxkQnkLhjPdYnzWDv/?lang=en>. Acesso em: 10 set. 2023.

MELO, Denise da Silva *et al.* O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 10, p. 4569-4578, out. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WvVHKFvcdd8Mck7ZvSYThVk/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2023.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-7, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tTTKM37fwBGkk9b6m3FJbzQ/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2023.

MOHAMMADI, Ali; KAMALI, Koorosh. Responsiveness in the Healthcare Settings: A Survey of Inpatients. **International Journal Of Hospital Research**, Zanjan, v. 3, n. 3, p. 123-132, set. 2014. Disponível em: https://ijhr.iuums.ac.ir/article_7706.html. Acesso em: 10 out. 2023.

MORAIS, Laryssa de Farias *et al.* O Protocolo de Manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-13, 22 jun. 2021. Universidade Federal do Triangulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v10i1.4210>. Disponível em: [doi:10.18554/reas.v10i1.4210](https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.4210). Acesso em: 10 set. 2023.

NEGASH, Wubshet Debebe *et al.* Health system responsiveness and associated factors among outpatients in primary health care facilities in Ethiopia. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-11, 24 fev. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07651-w>.

NUNES, Alexandre Moraes. A importância da comunicação com profissionais de saúde. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 113-121, set. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116198>. Acesso em: 10 out. 2023.

OLIVEIRA, Alexsandro Sampaio de *et al.* A Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil a partir de 1900 até os Tempos atuais / The Evolution of Public Health Policies in Brazil from 1900 to the Present Time. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 3073-3089, 13 jan. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n1-202>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/42605>. Acesso em: 10 set. 2023.

OLIVEIRA, Camila de Souza *et al.* Violence at work in emergency care units: nurses' experiences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 1-7, 12 ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3856.3323>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZWmrHmsBrmDCsmBXmkCPFqQ/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de *et al.* USER EMBRACEMENT WITH RISK CLASSIFICATION: perceptions of the service users of an emergency care unit.

Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 2-8, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>. Acesso em: 10 set. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORINAÓPOLIS. **Centros de Saúde**. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>. Acesso em: 21 out. 2023.

ROSÁRIO, Celita Almeida *et al.* Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 124, p. 17-31, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHzYYd7CwZfnsVnTQp/abstract/?lang=pt> Acesso em: 10 set. 2023.

SACOMAN, Thiago Marchi *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 354-367, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Acesso em: 10 set. 2023.

SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 19, n. 55, p. 1027-1038, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yFb7cdbmY6KM8SQrx9hDjgG/?lang=pt#>. Acesso em: 10 out. 2023.

SAÚDE, Ministério da. **1º EDIÇÃO: Política Nacional de Humanização PNH: Humaniza SUS**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37473>. Acesso em: 10 set. 2023.

SAÚDE, Ministério da (ed.). **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 49 p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> Acesso em: 29 dez. 2023.

SAÚDE, Ministério da (ed.). **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-687522>. Acesso em: 10 set. 2023.

SAÚDE, Ministério da (ed.). **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/conjur/biblioteca->

eletronica/livros/livro_implantao-das-redes-de-atencao-a-saude-e-outras-estrategias-da-sas-2014.pdf/view. Acesso em: 10 set. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Florianópolis). **Com obras de ampliação, UPA Norte terá mais que o dobro da capacidade de atendimento.** 2023.

Disponível em:

<https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina-i=25909>.

Acesso em: 23 out. 2023.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* Index of Responsiveness of the Urban Family Health Strategy in Urban Areas. **Acta Paul Enferm**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 332-339, jan. 2016.

SILVA, A.; VALENTINE, N. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. Geneva: World Health Organization, 2000. (GPE Discussion Paper Series: No.21

SILVA, Pollyane Liliane *et al.* Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 427-433, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400008>.

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa.

REVISÃO DOS DESENHOS DE PESQUISA RELEVANTES PARA ENFERMAGEM: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-Am Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 1-6, maio 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 10 out. 2023.

TESTON, Luci Maria *et al.* Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-22, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310127>. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n1/e310127/>. Acesso em: 10 set. 2023.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 46, n. 134, p. 761-776, set. 2022. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202213412>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pRV4m4hwLWy7jcdQp7SGf4L/>. Acesso em: 10 set. 2023.

UGHASORO, Md *et al.* An exploratory study of patients' perceptions of responsiveness of tertiary health-care services in Southeast Nigeria: a hospital-based cross-sectional study. **Nigerian Journal Of Clinical Practice**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 267, mar. 2017.

Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/1119-3077.183255>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28256478/>. Acesso em: 10 out. 2023.

YAKOB, Bereket; NCAMA, Busisiwe Purity. Measuring health system responsiveness at facility level in Ethiopia: performance, correlates and implications. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-12, 11 abr. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2224-1>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2224-1>. Acesso em: 10 set. 2023.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 599-613, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D9JyBXkk4yWnKhqVFRCLrKC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

ANEXO A – Instrumento coleta de dados

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

FORMULÁRIO - USUÁRIO

Data da aplicação: ___/___/___

I. Identificação da UPA:

1. Município: () UPA NORTE FLORIANÓPOLIS

II. Informações do usuário:

1. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
2. Gênero: () Masculino () Feminino Outro: _____
3. Procedência (cidade/Estado): _____
4. Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
5. Estado civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Separado () Divorciado () Viúvo
6. Grau de Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo () Pós-graduação
7. Você está sendo atendido no ACCR nesta UPA pela primeira vez? () SIM () NÃO

III. Em relação à sua experiência como usuário da UPA do município, qual a sua opinião sobre o Acolhimento com Classificação de Risco realizado no serviço de acordo com os seguintes parâmetros:

A. Dignidade

Questão		Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre	Não se Aplica
1	Você foi tratado com respeito pelo enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco?	1	2	3	4	5
2	E no atendimento dos outros profissionais você foi tratado com respeito?*	1	2	3	4	5
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quem são os profissionais que não trataram você com respeito?					
3	Você teve a oportunidade de falar a vontade sobre o seu problema de saúde?*	1	2	3	4	5
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quem são os profissionais que não deram oportunidade para você falar?					
4	No exame físico realizado pela enfermeira foi respeitada a sua privacidade, por exemplo: avaliação de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, tablet ou outros?	1	2	3	4	5

5	E no exame físico realizado pelo médico foi respeitada a sua privacidade, por exemplo: avaliação de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, tablet ou outros?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

B. Comunicação - Na sua opinião:

Questão		Muito ruim	Ruim	Boa/bom	Muito boa/bom
6	A comunicação do enfermeiro com você foi?	1	2	3	4
7	E como foi a comunicação dos outros profissionais?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Com quais profissionais a comunicação poderia ser melhor?				
8	Como foram as informações que você recebeu (claras e fáceis de entender)?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Com quais profissionais as informações poderiam ser melhor?				
9	A localização e identificação dos setores (ambientes, salas) foi?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: O que poderia ser melhor?				
10	Como foi conseguir informações com os profissionais sobre a sua situação de saúde?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Com quais profissionais o acesso a informação poderia ser melhor?				

C. Agilidade

Questão		Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre
11	O tempo de espera para o acolhimento foi adequado?	1	2	3	4
12	Você recebeu informação do enfermeiro no acolhimento sobre o tempo de espera para o atendimento com o médico?	1	2	3	4
13	O tempo de espera para o atendimento médico após o acolhimento com o enfermeiro foi adequado?	1	2	3	4
14	O tempo de espera para a administração do medicamento após o atendimento médico foi adequado?	1	2	3	4

D. Suporte Social – Você teve a oportunidade de:

Questão	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre	Não se Aplica
---------	-------	-----------	--------------	--------	---------------

						(não precisou)
15	Ter um acompanhante?	1	2	3	4	5
16	Receber de amigos e/ou familiares o apoio que não é fornecido pela UPA (alimentação, roupa, entre outros)?*	1	2	3	4	5
	* Se a resposta foi 2, 3 ou 4: Qual foi o tipo de apoio recebido?					

E. Instalações – Na sua opinião:

Questão		Muito ruim	Ruim	Boa	Muito boa/bom	Não se Aplica
17	A limpeza do local de espera para atendimento foi?	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					
18	E como foi o conforto do local de espera para o atendimento?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					
19	A limpeza dos banheiros foi?	1	2	3	4	5
20	A limpeza do consultório de enfermagem (ACCR) foi ?	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					
21	E como foi o conforto do consultório de enfermagem (ACCR)?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					
22	A limpeza do consultório médico foi?	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					
23	E como foi o conforto do consultório médico?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					
24	A limpeza do local para coleta de exames foi?	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					
25	E como foi o conforto do local para coleta de exames?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por que.					

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos HU/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: como está sendo avaliado?

Pesquisador: ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43351021.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.647.494

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo: O Acolhimento com Classificação de Risco proposto pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização, representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede. O estudo tem como objetivo avaliar a organização do Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Atenção às Urgências nas perspectivas de profissionais médicos e enfermeiros e usuários, fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências e na avaliação em saúde. A pesquisa será do tipo avaliativa e utilizará como estratégia metodológica os métodos quantitativo e qualitativo, será realizado na Unidade de Pronto Atendimento Norte do município de Florianópolis. Participarão do estudo usuários e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). A etapa quantitativa permitirá avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários da Unidade de Pronto Atendimento; analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIO)

Eu, Prof.a. Dr.a Eliane Regina Pereira do Nascimento , pesquisadora responsável, e as alunas Brenda Meinschein Freitas, Geovana dos Santos Lima e Sofia Weingartner Matos, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bolsistas do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica (PIICT) da UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento: como está sendo avaliado?”, que tem como objetivo geral **Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco segundo usuários, profissionais médicos e enfermeiros, fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências e na avaliação em saúde.** O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Acreditamos que este estudo poderá sinalizar o comprometimento do serviço com essa estratégia de atendimento (acolhimento com classificação de risco) à população atendida pelo SUS e colaborar para o planejamento das ações de melhorias. Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias e por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de sua identidade. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de um instrumento, que contém questões fechadas (para assinalar), acerca de como você avalia o atendimento da UPA sobre aspectos importantes do Acolhimento com Classificação de Risco como o respeito, a comunicação, a rapidez no atendimento e a instalação/estrutura física. A pesquisa será realizada no ambiente da UPA, após o usuário ser atendido na recepção, na classificação de risco pelo enfermeiro, no consultório pelo médico, na sala de medicação/procedimentos e ou repouso, pelo técnico de enfermagem e/ou enfermeiro. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para esta pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem. Qualquer dúvida que você tiver antes ou durante a pesquisa, estaremos à disposição para responde-las. Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com os pesquisadores. Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao acolhimento com classificação de risco, relacionado ao respeito, a comunicação, a rapidez no atendimento e a instalação/estrutura física. Neste sentido, nos colocamos à disposição para trabalhar esses sentimentos, na medida do possível, buscando, em caso de prejuízo psicológico decorrente da investigação, ajuda especializada. Além

disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder as perguntas do instrumento de coleta de dados. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos. Você tem a liberdade de recusar a participação no estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome, a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização. As pesquisadoras cumprirão os termos da Resolução 466/12. A pesquisadora Eliane Regina Pereira do Nascimento e alunas Brenda Meinschein Freitas, Geovana dos Santos Lima e Sofia Weingartner Matos estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo, pelo telefone (48) 991051202 pelos e-mails eliane.nascimento@ufsc.br e brenda24freitas@gmail.com; lima, geovanadossantos@gmail.com e sofiawmatos@gmail.com ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 2º andar, sala 203, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). Os dados coletados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Eliane Regina Pereira do Nascimento

Pesquisadora Responsável

Professora do Programa de Pós-Graduação da UFSC

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Brenda Meinschein Freitas

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Geovana dos Santos Lima

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Sofia Weingartner Matos

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do Participante:

Data: __/__/____

Assinatura: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O presente trabalho consiste em um importante estudo científico desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento, como última atividade do Curso de Graduação em Enfermagem da aluna Maria Vitória.

Trata-se de um estudo que apresenta objetivos bem delineados, rigor metodológico, consistência interna, resultados apresentados de maneira clara e atenderam aos objetivos do estudo. A discussão dos dados está adequada e embasada na literatura pertinente e atualizada. Os resultados do estudo poderão subsidiar os gestores das UPA, a elaboração de estratégias para a melhoria da qualidade do atendimento ao usuário considerando em especial as fragilidades apontadas por eles.

O trabalho denota empenho, dedicação, compromisso da aluna na sua realização, bem como com o conhecimento científico produzido pela enfermagem.



Documento assinado digitalmente
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Data: 01/12/2023 18:48:53-0300
CPF: ***.936.879-***
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^ª Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Orientadora

Florianópolis, 01 de dezembro de 2023