

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

PATRÍCIA MADALENA VIEIRA HERMIDA

**AVALIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO QUANTO AO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

PATRÍCIA MADALENA VIEIRA HERMIDA

**AVALIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO QUANTO AO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Tese apresentada à banca examinadora do curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – **Área de Concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem em Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Elena Echevarría-Guanilo

FLORIANÓPOLIS

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Hermida, Patrícia Madalena Vieira
Avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao
Acolhimento com Classificação de Risco / Patrícia Madalena
Vieira Hermida ; orientadora, Eliane Regina Pereira do
Nascimento ; coorientadora, Maria Elena Echevarría-Guanilo.
- Florianópolis, SC, 2016.
304 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3.
Unidade de Pronto Atendimento. 4. Acolhimento com
Classificação de Risco. I. Nascimento, Eliane Regina
Pereira do. II. Echevarría-Guanilo, Maria Elena. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

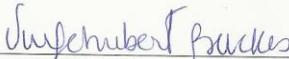
PATRÍCIA MADALENA VIEIRA HERMIDA

**AVALIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO QUANTO AO ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

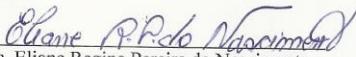
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 13 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

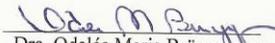


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

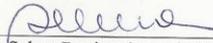
Banca Examinadora:



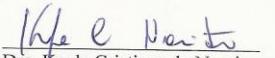
Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Presidente



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro (titular)



Dra. Selma Regina de Andrade
Membro (titular)



Dra. Keyla Cristiane do Nascimento
Membro (titular)



Dra. Dagmar Willamowius Vituri
Membro (titular)



Dra. Angela Maria Blatt Ortiga
Membro (titular)

Dedico este trabalho ao meu marido, Alexandre, e à nossa filha, Sofia, que sempre estiveram ao meu lado nessa jornada me apoiando e compartilhando felicidades. Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS

Durante os quatro anos de trabalho em que me dediquei para produzir esta tese, várias pessoas e instituições contribuíram direta ou indiretamente para a consolidação da mesma. Assim, aproveito essa oportunidade para expressar a minha eterna gratidão a cada uma delas.

Primeiramente agradeço a *Deus* iluminar meu caminho nessa jornada e me permitir alcançar meus objetivos.

Aos *meus pais*, Maria Madalena Vieira e Sydenei Ivônio Vieira, por me darem a vida, o bem maior que se pode ter e que nos permite realizar sonhos e projetos de vida. Muito obrigada por confiarem no meu potencial para conquistar os meus objetivos. À minha mãe, em especial, quero agradecer o incentivo e o acolher, o cuidar de mim e de minha família. Amo vocês!

Ao *meu marido*, Alexandre Campos Hermida, pela paciência e companheirismo, pelos auxílios técnicos em informática, mas, sobretudo, pelo cuidado e atenção à nossa filha maravilhosa, Sofia.

À *minha filha*, Sofia Vieira Hermida, por sua alegria, pelo carinho, aconchego e cuidado, além de tantos momentos de felicidades. Você é muito importante em minha vida! Obrigada por compreender as minhas ausências ao longo desses anos de estudo e por me ensinar muito todos os dias.

À *minha sogra e ao meu sogro*, Virgínia Campos Hermida e Hugo Guimarães Hermida, por estarem sempre prontos para me ajudar, especialmente nos cuidados com a Sofia. Só tenho a agradecer tanto apoio e compreensão.

Às *minhas irmãs*, Valéria Madalena Vieira e Amanda Antunes Vieira, agradeço as oportunidades de convivência em família, e à minha sobrinha, Lara, a sua alegria e os seus abraços carinhosos.

Aos *profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)* de Biguaçu, por aceitarem participar do estudo, por me confiar suas experiências e me permitir compartilhar diferentes momentos do cotidiano do trabalho na instituição. Agradeço em especial à enfermeira Katiucia, as mediações com o serviço, que muito contribuíram para a fase de coleta de dados. Também agradeço ao Orlando, diretor da UPA, o muito que colaborou facilitando o meu acesso ao serviço e aos dados.

Aos *usuários da UPA*, por participarem da pesquisa e possibilitarem a construção do conhecimento científico na área da atenção às urgências. Muito obrigada a todos por compartilharem suas vivências e expectativas em relação ao serviço, por me permitirem

momentos de convivência muitas vezes em situações agudas de saúde. Quiçá esta tese retorne para esses e outros usuários por meio de uma prática assistencial de mais qualidade.

À *Secretaria Municipal de Saúde* de Biguaçu, primeiramente por acreditarem no Projeto desta pesquisa, e pelo apoio oferecido, em especial, durante a fase de coleta dos dados.

À *minha orientadora*, Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento, que muito contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional durante o doutorado. Sua ética profissional sempre me chamou a atenção. Sua paciência e tranquilidade foram essenciais na garantia do conforto que eu precisava. Sobretudo, gostaria de destacar a sua parceria e companheirismo nos mais diferentes trabalhos que desenvolvemos juntas. Agradeço, professora, as tardes agradáveis que passamos no GEASS trabalhando e compartilhando conhecimentos. Vou sentir saudades...

À *minha coorientadora*, Prof.^a Dr.^a Maria Elena Echevarría-Guanilo, por aceitar a coorientação deste estudo e colaborar, especialmente com os seus conhecimentos de pesquisa quantitativa, com o desenvolvimento do mesmo.

Ao *Prof. Dr. Lúcio José Botelho*, pelas orientações estatísticas e disponibilidade para compartilhar esse conhecimento.

Aos *membros da banca* de qualificação e de defesa desta tese, por aceitarem o convite e contribuírem com os seus conhecimentos para aprimorar o estudo.

Às *bolsistas*, Sabrina Regina Martins, Sarah Soares Barbosa e Priscilla de Souza Kreusch, e às colegas do GEASS, Luciana Bihain Hagemann e Walnice Jung, pela grande colaboração na coleta dos dados com os usuários da UPA. À colega Natyele Rippel Silveira, também do GEASS, pelas orientações sobre a utilização do *Software* na fase de análise dos dados.

Ao *Humberto Moreira*, da Secretaria de Estado da Saúde, por ter me oportunizado um treinamento para a utilização do *Software Epi Info*.

Aos *colegas do GEASS*, pelas oportunidades de troca de experiências e de saberes, pelos trabalhos em conjunto e momentos de descontração, de alegrias e desabafos, muito obrigada.

Aos *colegas do LAPEPS*, pelo incentivo e apoio durante o curso, mas, sobretudo pela amizade, com a qual sempre contei.

Ao *Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC* por todo o apoio, em especial, aos professores do Programa pelas oportunidades de crescimento acadêmico.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES) pelo apoio à minha formação mediante a concessão de bolsa de estudo.

À *Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina* (FAPESC) pelo apoio concedido com o financiamento da pesquisa.

Agradeço ainda a *todas as pessoas* que não foram nomeadas aqui, mas que de alguma forma me ajudaram ao longo dessa jornada acadêmica para que fosse possível alcançar meus objetivos.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. **Avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco**. 2016. 304 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

RESUMO

Estudo quantitativo e qualitativo, desenvolvido na Unidade de Pronto Atendimento de Biguaçu, Santa Catarina, que teve como objetivos: elaborar e validar um instrumento para avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco; avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários; avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva do gestor e profissionais de saúde; e, descrever as facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência. A coleta de dados ocorreu de março de 2015 a agosto de 2016. Na etapa quantitativa o estudo foi metodológico, correlacional e descritivo. O metodológico envolveu a elaboração e validação do instrumento de responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco por oito juízes, que avaliaram os domínios dignidade, confidencialidade, comunicação, agilidade, suporte social e instalações. Também foi realizada a avaliação semântica do instrumento com 10 usuários. O estudo correlacional compreendeu a avaliação da responsividade do Acolhimento por 459 usuários do serviço, mediante instrumento validado; e, o estudo descritivo, a avaliação do Acolhimento por 37 profissionais (enfermeiros e médicos) e pelo gestor do serviço, utilizando-se instrumento específico, validado, constituído pelas três dimensões donabedianas (Estrutura, Processo e Resultado). Na etapa qualitativa o estudo foi descritivo, com foco nas facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência, a partir de entrevista individual semiestruturada, realizada com 30 profissionais (médicos e enfermeiros). Para a análise dos dados quantitativos foi empregada estatística descritiva, teste do Qui-quadrado, Índice de Validade de Conteúdo e Cálculo do Ranking Médio, por meio

do *Software Epi Info*TM. Os dados qualitativos foram organizados no *Software Qualiquantisoft*[®] e analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados foram apresentados em quatro manuscritos relacionados aos objetivos da tese. No primeiro manuscrito, o instrumento elaborado e validado obteve, na segunda avaliação dos juízes, Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,78$ para os 40 itens avaliados e $\geq 0,90$ para o instrumento como um todo. No segundo manuscrito, o Acolhimento com Classificação de Risco, avaliado pelos usuários, obteve uma média geral de boa responsividade de 82,1%. A boa responsividade está associada ao sexo, à idade (≥ 60 anos), ao estado civil, à escolaridade e ao número de vezes que o usuário foi atendido no serviço. No terceiro manuscrito, as dimensões Estrutura, Processo e Resultado foram classificadas como precária, na avaliação dos profissionais acerca do Acolhimento. No quarto manuscrito, emergiram cinco Discursos do Sujeito Coletivo dos depoimentos dos profissionais, destes, dois referentes às facilidades do sistema de referência e contrarreferência, e três, às dificuldades. Os discursos das facilidades e das dificuldades mais expressivos, por se constituírem pelos depoimentos de 20 (66,7%) e 26 (86,7%) participantes, respectivamente, estão relacionados à referência do usuário para o hospital. Concluiu-se pela avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco e do sistema de referência e contrarreferência que a Unidade de Pronto Atendimento requer adequações principalmente quanto à estrutura, processo e resultado do Acolhimento e à articulação entre os pontos da rede de atenção às urgências, para assegurar a qualidade do atendimento como preconiza a política pública de atenção às urgências do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Avaliação de serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Acolhimento. Referência e consulta.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. **Emergency Care Unit Evaluation for the Reception with Risk Classification.** 2016. 304 ps. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post-Graduate Program in Nursing of the Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Academic Tutor: Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Research Line: Health Care and Nursing in Acute and Chronic Health Situations.

ABSTRACT

A quantitative and qualitative study developed at the Emergency Care Unit of Biguaçu, Santa Catarina. The objectives were to elaborate and validate an instrument to evaluate the Responsiveness on the Reception with Risk Classification, evaluate the responsiveness on the Reception with Risk Classification by the users, evaluate the Reception with Risk Classification from the manager and health professionals' perspectives and describe facilities and difficulties of the referral and counter-referral system. Data collection took place from March 2015 to August 2016. In the quantitative stage, the study was methodological, correlational and descriptive. The methodology stage involved elaboration and validation of the responsiveness instrument of Reception with Risk Classification by eight judges who evaluated the following domains: dignity, confidentiality, communication, agility, social support and facilities. It was also performed the instrument semantic evaluation with ten users. The correlational study comprised the responsive evaluation of Reception by 459 service users by using a validated instrument, descriptive study, Reception evaluation performed by 37 professionals (nurses and doctors) and service manager through a precise and validated instrument made up of three Donabedian dimensions (Structure, Process and Result). In the qualitative phase, the study was descriptive and focused on facilities and difficulties of the reference and counter-referral system based on a semi-structured individual interview with 30 professionals (doctors and nurses). It was possible to use descriptive statistics, Chi-square test, Content Validity Index and Average Ranking Calculus through the Epi InfoTM Software for quantitative data analysis. Qualitative data were organized in the Qualiquantisoft® Software and analyzed by the Collective Subject Discourse technique. The results were presented in four manuscripts

related to the thesis objectives. In the first manuscript, the elaborated and validated instrument obtained, in the second evaluation of the judges, a Content Validity Index ≥ 0.78 for 40 evaluated items and ≥ 0.90 for the instrument as a whole. In the second manuscript, the Reception with Risk Classification, evaluated by the users, obtained a general average of good responsiveness of 82.1%. Good responsiveness is associated with gender, age (≥ 60 years), marital status, schooling, and the number of times the user was treated. In the third manuscript, dimensions such as Structure, Process and Result were classified as precarious in the professionals' evaluation about Reception. In the fourth manuscript, five Discourses of Collective Subject emerged from the professionals' statements. Two referred to the reference and counter reference system facilities, and three related to difficulties. The most powerful discourses on facilities and difficulties, constituted by the statements of 20 (66.7%) and 26 (86.7%) participants, respectively, relate to the user's reference to the hospital. It was possible to conclude by the evaluation of Reception with Risk Classification and reference and counter-reference system that the Emergency Care Unit requires adjustments regarding structure, process and result of Reception, and articulation between emergency care network points to ensure care quality as advocated in the public policy of urgencies attention of the Ministry of Health.

Keywords: Public health policies. Health services evaluation. Emergency medical services. Reception. Reference and consultation.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. **Evaluación de un Puesto de Primeros Auxilios en relación a la Recepción con Clasificación de Riesgo.** 2016. 304 pg. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Post Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Línea de Investigación: Cuidado de Salud y Enfermería en las Situaciones Agudas y Crónicas de Salud.

RESUMEN

Estudio cuantitativo y cualitativo desarrollado en el Puesto de Primeros Auxilios de Biguaçu, Santa Catarina. El mismo tuvo los siguientes objetivos: elaborar y validar un instrumento para evaluar la respuesta de la Recepción con Clasificación de Riesgo, evaluar la respuesta de la Recepción con Clasificación de Riesgo por los usuarios, evaluar la Recepción con Clasificación de Riesgo en la perspectiva del gestor y de los profesionales de la salud y describir las facilidades y dificultades del sistema de referencia y contra referencia. La obtención de datos se realizó entre Marzo del 2015 y Agosto del 2016. En la etapa cuantitativa el estudio fue metodológico, correlacionado y descriptivo. El metodológico incluyó la elaboración y validación del instrumento de respuesta de la Recepción con Clasificación de Riesgo por ocho jueces que evaluaron los dominios de dignidad, confidencialidad, comunicación, agilidad, soporte social e instalaciones. Además, se realizó la evaluación semántica del instrumento con 10 usuarios. El estudio correlacionado comprendió la evaluación de la respuesta a la Recepción de 459 usuarios del servicio mediante un instrumento validado. En el estudio descriptivo se realizó la evaluación de la Recepción por 37 profesionales (enfermeros y médicos) y por el gestor del servicio, utilizándose el instrumento específico, validado y constituido por las tres dimensiones donabedianas (Estructura, Proceso y Resultado). En la etapa cualitativa, el estudio fue descriptivo y con enfoque en las facilidades y dificultades del sistema de referencia y contra referencia, a partir de una entrevista individual semiestructurada y realizada con 30 profesionales (médicos y enfermeros). Para el análisis de los datos cuantitativos se empleó la estadística descriptiva, el test

Chi-cuadrado, el Índice de Validez del Contenido y el Cálculo del Ranking Promedio, a través del *Software Epi Info*TM. Los datos cualitativos fueron organizados en el *Software Qualiquantisoft*[®] y analizados a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados fueron presentados en cuatro manuscritos relacionados con los objetivos de la tesis. En el primer manuscrito, el instrumento elaborado y validado obtuvo, en la segunda evaluación de los jueces, un Índice de Validez del Contenido $\geq 0,78$ para los 40 ítems evaluados y $\geq 0,90$ para el instrumento como un todo. En el segundo manuscrito, la Recepción con Clasificación de Riesgo, evaluado por los usuarios, obtuvo un promedio general de buena respuesta del 82,1%. La buena respuesta está asociada al sexo, la edad (≥ 60 años), al estado civil, a la escolaridad y al número de veces en que el usuario fue atendido en el servicio. En el tercer manuscrito, las dimensiones Estructura, Proceso y Resultado fueron clasificadas como precarias en la evaluación de los profesionales acerca de la Recepción. En el cuarto manuscrito emergieron cinco Discursos del Sujeto Colectivo de las declaraciones de los profesionales. De los mismos, dos se refirieron a las facilidades del sistema de referencia y contra referencia, y los otros tres se refirieron a las dificultades. Los discursos más expresivos sobre las facilidades y dificultades, por constituirse a través de las declaraciones de 20 participantes (66,7%) y 26 participantes (86,7%), respectivamente, están relacionados con la referencia del usuario para el hospital. Se concluye por la evaluación de la Recepción con Clasificación de Riesgo y del sistema de referencia y contra referencia que el Puesto de Primeros Auxilios requiere de más adecuaciones, principalmente, en relación a su estructura, proceso y resultado de la Recepción y articulación entre los puntos de la red de atención a las urgencias, para asegurar la calidad del atendimento como preconiza la política pública de atención de las urgencias del Ministerio de Salud.

Palabras clave: Políticas públicas de salud. Evaluación de los servicios de salud. Servicios médicos de emergencia. Recepción. Referencia y consulta.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma das etapas de elaboração e validação do instrumento de avaliação da responsividade do ACCR para UPAs. Florianópolis, 2015	71
Figura 2 – Fórmulas utilizadas nos cálculos do estudo	153
Figura 3 – Facilidades e dificuldades na contrarreferência dos usuários na UPA. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016	171
Figura 4 – Facilidades e dificuldades na referência dos usuários na UPA. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016	178

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Portarias relacionadas à Atenção às Urgências no âmbito nacional	41
Quadro 2 - Características e competências dos juízes selecionados para a validação de conteúdo	67
Quadro 3 – Dimensões e domínios de avaliação da responsividade do ACCR e respectiva escala	78
Quadro 4 - Descrição geral das variáveis de cada dimensão do instrumento de avaliação do ACCR	81
Quadro 5 - Critérios de julgamento e respectiva escala utilizada na avaliação do instrumento	97
Quadro 6 – Domínios e itens do instrumento de acordo com o processo de elaboração e validação do mesmo	101
Quadro 7 – Adequações realizadas na Avaliação 1 pelos juízes segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015	102
Quadro 8 – Adequações realizadas na Avaliação semântica 1 com os usuários segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015	104
Quadro 9 – Adequações realizadas na Avaliação semântica 2 com os usuários segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015	106
Quadro 10 – Adequações realizadas na Avaliação 2 pelos juízes segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Rede de Atenção às Urgências no município de Biguaçu, Santa Catarina, junho de 2015	64
Tabela 2 - Profissionais da Unidade de Pronto Atendimento do município de Biguaçu, Santa Catarina, agosto de 2014	64
Tabela 3 - Escores para pontuação das dimensões de avaliação (Estrutura, Processo e Resultado) do ACCR	83
Tabela 4 - Concordância dos juízes nas avaliações dos itens e respectivos domínios que constituem o “Instrumento de Avaliação da Responsividade do ACCR”. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.....	109
Tabela 5 - Características sociodemográficas dos usuários da UPA participantes do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)	124
Tabela 6 – Avaliação dos usuários quanto aos domínios Dignidade, Agilidade e Suporte Social. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)	126
Tabela 7 – Avaliação dos usuários em relação aos domínios Comunicação e Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)	129
Tabela 8 – Responsividade do ACCR na UPA de acordo com os domínios Dignidade, Comunicação, Agilidade, Suporte Social e Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016	132
Tabela 9 – Características sociodemográficas dos usuários e responsividade dos domínios avaliados. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016	136
Tabela 10 – Informações complementares dos usuários para a avaliação dos domínios Dignidade, Comunicação e Suporte Social. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)	298
Tabela 11 – Informações complementares dos usuários para a avaliação do domínio Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)	301
Tabela 12 – Características dos participantes da pesquisa.	154

Florianópolis, SC, Brasil, 2015. (n=38)

Tabela 13 – Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Florianópolis, SC, Brasil, 2015 156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Ancoragem
AB	Atenção Básica
AC	Ancoragem
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS©	<i>Australian Triage Scale</i>
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
CTAS©	<i>Canadian Triage Acuity Scale</i>
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
E	Entrevistado
ECH	Expressão Chave
ESI©	<i>Emergency Severity Index</i>
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
fr	Frequência das respostas
GEASS	Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde
GT	Grupo Técnico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
Ic	Ideia central
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
MTS©	<i>Manchester Triage System</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NTi	Número total de respostas do item
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PEN/UFSC	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina
PIBIC	Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica

PA	Pronto Atendimento
PM	Pontuação Média
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RM	<i>Ranking</i> Médio
RMi	<i>Ranking</i> Médio do item
RUE	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Sala de Estabilização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
ve	Valor da escala

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
2 OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO	37
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	37
3.1.1 Política Nacional de Atenção às Urgências	40
3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	51
3.2.1 Aspectos Históricos e Conceituais	51
3.2.2 Avaliação em Saúde na perspectiva Donabediana ..	58
3.2.3 Responsividade na Avaliação em Saúde	59
4 METODOLOGIA	63
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	63
4.2 LOCAL DO ESTUDO	64
4.3 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUANTITATIVA	66
4.3.1 Estudo Metodológico	66
4.3.1.1 População e Amostra	66
4.3.1.2 Instrumento	69
4.3.1.3 Coleta de dados	74
4.3.1.4 Análise dos dados	75
4.3.2 Estudo Correlacional	76
4.3.2.1 População e Amostra	76
4.3.2.2 Instrumento	77
4.3.2.3 Coleta de dados	78
4.3.2.4 Análise dos dados	79
4.3.3 Estudo Descritivo	80
4.3.3.1 População e Amostra	80
4.3.3.2 Instrumento	80
4.3.3.3 Coleta de dados	82
4.3.3.4 Análise dos dados	82
4.4 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUALITATIVA	83
4.4.1 Estudo Descritivo	83
4.4.1.1. População e Amostra	84
4.4.1.2. Instrumento	84
4.4.1.3. Coleta de dados	84
4.4.1.4. Análise dos dados	85
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	87
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	89

5.1 MANUSCRITO 1 – ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO AVALIATIVO DA RESPONSABILIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	90
5.2 MANUSCRITO 2 – AVALIAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELOS USUÁRIOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	118
5.3 MANUSCRITO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: ESTUDO AVALIATIVO	149
5.4 MANUSCRITO 4 – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES	165
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
REFERÊNCIAS	199
ANEXOS	219
APÊNDICES	231

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como temática central a avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para a atenção às urgências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A abordagem do tema inicia com uma apresentação acerca da alta demanda de atendimento nos serviços de urgência e emergência, fatores relacionados e consequências.

A superlotação nos serviços de emergência é um problema comum em todo o mundo, sendo um fenômeno multicausal. Na Holanda e Turquia, o tempo de internação prolongado no departamento de emergência, o atraso nas consultas, nos exames laboratoriais e de imagem, bem como a falta de leitos para os pacientes que necessitam de internação estão entre as causas mais importantes de superlotação na emergência, semelhante ao que ocorre em outras partes do mundo (van der LINDEN et al., 2013; ERENLER et al., 2014).

Isso tem gerado perda de recursos, uso ineficiente do tempo e insatisfação dos profissionais de saúde e dos usuários que utilizam as emergências (ERENLER et al., 2014), destacando-se o aumento no tempo de espera para a triagem, do número de pacientes não triados e do tempo de permanência no serviço de emergência (van der LINDEN; MEESTER; van der LINDEN, 2016).

Apesar das diferenças ambientais, demográficas e de organização dos serviços de saúde entre os países, as causas e as consequências da superlotação das emergências parecem ser universal (van der LINDEN et al., 2013). No Brasil, a ineficiência do sistema de saúde tem sua parcela de contribuição na superlotação das emergências. A Atenção Básica (AB), por exemplo, entendida como o primeiro nível de atenção da rede, parece não conseguir acolher e resolver os problemas de saúde de menor nível de complexidade, muito menos desempenhar o seu papel de ordenadora do sistema de saúde, comprometendo a integralidade da assistência.

A dificuldade de acesso em vários níveis de atenção (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; OLIVEIRA et al., 2011; DILÉLIO et al., 2015), a insuficiência de leitos especializados, a incipiência dos mecanismos de referência e a inadequação na formação dos profissionais de saúde são também deficiências estruturais do sistema de saúde (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011) que

impactam o atendimento às urgências e que podem representar aumento da morbimortalidade.

Somado a esses fatores, nos últimos anos, o perfil demográfico e epidemiológico da população contribuíram para elevar a demanda nos serviços de urgência e emergência, destacando-se o aumento da longevidade da população, as crescentes taxas de acidentes e de violência, bem como a agudização das doenças crônicas e psiquiátricas. Diante dessa problemática é possível perguntar: de que forma os países estão se organizando para enfrentar os desafios impostos pelos serviços de atenção às urgências? Que medidas têm implantado para superar as dificuldades evidenciadas nesse cenário?

Nos âmbitos nacional e mundial a atenção às urgências se encontra em pauta. Internacionalmente, na 60ª Assembleia Mundial da Saúde, foi criada a Resolução 60.22 de 23 de maio de 2007, intitulada “Sistemas de saúde: sistemas de atenção de emergência” (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2007). Trata-se de uma importante ferramenta política de assistência à saúde para melhorar o acesso ao atendimento de emergência e sua disponibilidade em nível mundial. A Resolução destaca o papel que o fortalecimento dos sistemas de cuidados de emergência pode desempenhar na redução da carga de doenças produzidas por situação aguda e lesões em populações de todos os níveis socioeconômicos, além de convocar os governos e a Organização Mundial da Saúde a tomar medidas específicas e concretas para que isso ocorra (ANDERSON et al., 2012).

No Brasil, desde a Reforma Sanitária, iniciada oficialmente com a Constituição Federal de 1988, o SUS segue se estruturando na lógica da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, incorporando mudanças aos serviços de urgência e emergência. Entretanto, foi a partir de 1998 que o Ministério da Saúde começou a estruturar uma política articulada para a área, refletindo mais concretamente em modificações na atenção às urgências. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi então instituída em 2003 e, posteriormente, reformulada no ano de 2011, quando também se implantou a Rede de Atenção às Urgências (RUE) para articular e integrar todos os equipamentos de saúde (BRASIL, 2011a).

A PNAU prevê a organização da atenção às urgências a partir de oito componentes, destacando-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), escolhidas como objeto desta pesquisa. Essas unidades, que integram a assistência pré-hospitalar fixa, são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde

(UBS) ou de Saúde da Família e os hospitais, compondo com estes serviços uma rede organizada de atenção às urgências.

Além de prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, as UPAs têm o papel de realizar o primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou de trauma, estabilizando os pacientes e iniciando a investigação diagnóstica, definindo em todos os casos a necessidade ou não de encaminhamento aos serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

As UPAs surgem no contexto brasileiro como uma estratégia que visa contribuir na diminuição das demandas hospitalares, bem como prestar assistência às urgências não atendidas pela AB, oferecendo retaguarda a esse dispositivo em período integral, em especial no horário noturno quando as UBS não realizam atendimento. Esses aspectos justificam a sua relevância por possibilitarem a ampliação do acesso à saúde e oportunizarem a integralidade e a humanização na atenção às urgências.

Os estudos no cenário das UPAs são escassos nas publicações (ARAÚJO et al., 2011; SILVA et al., 2012; GEHLEN; LIMA, 2013; OLIVEIRA et al., 2013a; DINIZ et al., 2014; DURO et al., 2014; SOUZA et al., 2014; UCHIMURA et al., 2015; KONDER; O'DWYER, 2016), mas, há que se considerar que a implantação dessas unidades pré-hospitalares, assim como as próprias portarias que as regulamentam são relativamente recentes, de tal modo que seus reflexos na literatura ainda são pouco evidentes. Pesquisas avaliativas com foco neste cenário da assistência às urgências são ainda mais difíceis de serem encontradas, configurando, assim, uma lacuna do conhecimento científico.

Entretanto, autores apontam que a avaliação contínua da operacionalização das legislações norteadoras da atenção às urgências é etapa fundamental à estruturação de uma rede de serviços para esse fim (PELEGRINI et al., 2010). Sobre a avaliação dos serviços de saúde, as publicações na América Latina indicam que os estudos ainda estão limitados, pois não trazem uma reflexão real à avaliação. Assim, consideram-se necessárias novas pesquisas para avaliar os serviços, que visem conhecer com transparência o seu funcionamento e as suas necessidades, a partir dos olhares dos diferentes sujeitos envolvidos, em busca da melhoria da qualidade de assistência à população (KLEIN et al., 2015). A avaliação do usuário, por exemplo, pode contribuir com a análise dos aspectos não médicos do cuidado, revelando uma outra face da qualidade da atenção (MISHIMA et al., 2016).

Como em outros estados brasileiros, em Santa Catarina as UPAs estão sendo implantadas para ajudar a enfrentar a crise vivenciada nas portas das emergências dos hospitais de grande porte, contribuindo para a diminuição da sua demanda. Todavia, estudo realizado no município do Rio de Janeiro sobre a integração das UPAs na rede assistencial aponta que esses serviços atendem uma demanda majoritariamente de baixo risco que, em tese, seria melhor acolhida na AB, mas que encontra na UPA respostas mais imediatas. A consequência é cada vez menos prestígio e confiança na AB e o aumento de exames e procura por especialistas (KONDER; O'DWYER, 2016). Desse modo, apesar dos investimentos na expansão das UPAs, observa-se que a sua implantação pouco agregou para o enfrentamento dos problemas da atenção às urgências (KONDER; O'DWYER, 2015).

Para reorientar e qualificar a assistência nos serviços de urgência, nos quais se inclui as UPAs, o Ministério da Saúde propôs, por meio da Polícia Nacional de Humanização (PNH), a implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR) como principal estratégia de regulação do atendimento, sendo a avaliação do usuário realizada pelo enfermeiro (SOUZA et al., 2014). Destaca-se que os estudos com foco no ACCR estão centrados nos serviços de urgência e emergência hospitalar (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012a; VITURI et al., 2013; VERSA et al., 2014; BELLUCCI JUNIOR et al., 2015; COSTA et al., 2015; GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015; INOUE et al., 2015a; INOUE et al., 2015b; OLIVEIRA; PINTO, 2015; SILVA et al., 2016; VERSA et al., 2016), evidenciando-se ainda poucos trabalhos desenvolvidos no cenário das UPAs (OLIVEIRA et al., 2013a; PRUDÊNCIO et al., 2016).

Nos serviços de emergência hospitalares, assim como nas UPAs, o ACCR é espaço privilegiado para a prática da referência e contrarreferência, contribuindo com a organização do fluxo do atendimento na rede de atenção às urgências, para uma assistência resolutiva, integral e humanizada. O profissional que acolhe o paciente nos serviços de urgência deve conhecer os pontos de atenção da rede assistencial e atuar de forma articulada com os demais profissionais e serviços capazes de garantir a assistência necessária às demandas de cada usuário.

Nesse sentido, a enfermagem desempenha um importante papel, pois é o grupo que articula as diversas categorias profissionais que constituem as equipes de saúde dos serviços (VERSA et al., 2014), podendo então contribuir positivamente com o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência.

A UPA como um componente da RUE do SUS deve ter o compromisso com a integralidade da assistência à saúde, a fim de garantir a continuidade do cuidado tão necessária na resolutividade dos complexos problemas de saúde. Para tanto, faz-se necessária a implantação de um sistema de referência e contrarreferência bem pactuado e estruturado, dentro do próprio município e fora dele, quando necessário. Contudo, os serviços de saúde sinalizam o mau funcionamento desse sistema, com prejuízos à população que não tem garantido o seu direito a uma saúde integral. Estudo realizado no serviço de pronto atendimento corrobora a fragilidade no sistema de referência e contrarreferência, configurando a fragmentação da atenção à saúde, incapaz de prestar atenção integral aos usuários (GARCIA; REIS, 2014).

Fundamentada nesse contexto, esta pesquisadora justifica a escolha da temática deste estudo principalmente por alguns aspectos: primeiramente pelas dificuldades enfrentadas como enfermeira na AB, com destaque aos problemas relacionados à referência e contrarreferência de pacientes com condições crônicas de saúde que precisaram dos serviços de urgência de média complexidade, quando estes enfrentavam quadros de agudização da doença. Posteriormente, em sua experiência no estágio de docência durante o Doutorado na supervisão de estudantes de graduação em enfermagem em uma UPA, percebeu os problemas organizacionais vivenciados pela equipe de saúde na assistência aos usuários, capazes de comprometer a qualidade da assistência prestada, bem como o resultado desse atendimento no processo saúde/doença.

Ademais, até o presente momento, não foi identificado na literatura instrumento validado de avaliação do ACCR voltado especificamente aos usuários das UPAs, apenas para o ambiente hospitalar, como o de Bellucci Júnior e Matsuda (2012b), construído e validado para avaliar o ACCR pelos profissionais em serviço hospitalar de emergência. Outro instrumento não validado foi apresentado em uma dissertação, elaborado para avaliar o ACCR pelos usuários em emergências hospitalares (GONÇALVES, 2012).

Face ao exposto, esta investigação tem como questionamento: *Como o gestor, os profissionais de saúde e os usuários avaliam o Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina?* Para elucidar esta questão, procurou-se contextualizar as Unidades de Pronto Atendimento na atenção às urgências do sistema público de saúde brasileiro, entendendo

que a sua organização reflete no atendimento à saúde da população usuária deste serviço, bem como no trabalho dos demais componentes da rede assistencial de urgência e emergência.

Considerando, portanto, a relevância das UPAs no contexto brasileiro do sistema de saúde pública, o tempo de implantação, a incipiência dos estudos sobre esses dispositivos, a necessidade de conhecer as suas fragilidades, fortalezas e sua significância na composição da rede de atenção às urgências na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, assim como a possibilidade que os estudos de avaliação de políticas, programas e serviços têm de orientar à tomada de decisão com maior eficiência, entende-se como oportuna a realização deste estudo na perspectiva de contribuir para o aperfeiçoamento desse ponto de atenção da rede de urgência, com consequente melhoria da assistência.

Destaca-se também que este estudo avança ao avaliar uma UPA do estado de Santa Catarina, sobre a qual não foram encontradas pesquisas de cunho científico. Além disso, inova ao direcionar a avaliação do ACCR para esse cenário e, especialmente, ao realizá-la na perspectiva de gestor e usuários, uma vez que estudos (NASCIMENTO et al., 2011a; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a; VITURI et al., 2013; BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015; COSTA et al., 2015; VERSA et al., 2016) apontam essa necessidade/limitação.

O fato da UPA ser uma estratégia relativamente recente de atendimento às urgências com tendência de expansão em todo o território nacional, inclusive porque vem ganhando incentivos do governo federal para que isso ocorra, também despertou o interesse e estimulou o desenvolvimento deste estudo de avaliação sobre o serviço.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva do gestor, profissionais de saúde e usuários.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar e validar um instrumento para avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento.
2. Avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários em uma Unidade de Pronto Atendimento.
3. Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva do gestor e profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento.
4. Descrever as facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o embasamento teórico do estudo se adotou os pressupostos das Políticas Públicas com ênfase na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), bem como as concepções de avaliação em saúde propostas por Avedis Donabedian e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Abordar a temática “políticas públicas” requer inicialmente compreender a sua origem. As primeiras contribuições teóricas da análise racional das políticas (*rational policy analysis*) se deu na década de 1930, mas foi a partir do início da década de 1950 que a área disciplinar de estudos de políticas públicas se estabeleceu (SECCHI, 2015), sendo a ideia de uma “ciência das políticas públicas” (*policy science*), enunciada por Laswell, em 1951, nos Estados Unidos (VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013).

Como área de conhecimento e disciplina acadêmica, a política pública nasce como uma subárea da ciência política, enfatizando os estudos sobre a ação dos governos, os quais são necessários para entender como e por que os governos optam por determinadas ações (SOUZA, 2006). O conhecimento produzido na área de políticas públicas tem sido muito utilizado por pesquisadores, políticos e administradores de diferentes setores, que estudam ou tomam decisões políticas de saúde, educação, segurança, entre outras (SECCHI, 2015).

O emprego do referencial das Políticas Públicas demanda a compreensão de alguns termos em inglês inerentes à área. Na dimensão institucional, está *polity* – utilizado para denominar as instituições políticas, refere-se à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo; na dimensão processual, encontra-se *politics* – aplicado aos processos políticos, que com frequência envolve caráter conflituoso, relacionado à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição; na dimensão material, tem-se *policy* – empregado aos conteúdos concretos da política, ou seja, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas (FREY, 2000).

Como parece ser consenso na literatura de que existem diferentes definições de política pública (SOUZA, 2006; SECCHI,

2015), adota-se neste estudo o conceito de que uma política pública é uma diretriz, ou seja, uma orientação elaborada para enfrentar um problema público, sendo este entendido como a diferença entre a situação atual e uma ideal, possível para a realidade pública (SECCHI, 2015).

Cabe ainda esclarecer que uma política somente é considerada pública se ela mostra a intenção de responder a um problema público, e não se o tomador de decisão possui personalidade jurídica estatal ou não estatal (SECCHI, 2015), pois, na sua essência, política pública não é sinônimo de política estatal, ela vai além da perspectiva de política governamental (OSTERNE, 2014), a qual é elaborada e estabelecida por atores governamentais (SECCHI, 2015). Assim, constituem-se promotores de políticas públicas não somente o governo, mas as Organizações Não Governamentais (ONGs), as diversas associações da sociedade dentre outros agentes (OSTERNE, 2014).

Contudo, embora o Estado não seja o único a protagonizar a elaboração de uma política pública, ele se destaca em relação a outros atores no estabelecimento da mesma. Nesse contexto, entende-se como atores os indivíduos, grupos ou organizações que desenvolvem um papel na arena política¹, sendo eles que estudam e elaboram propostas, tomam decisões e convertem as intenções em ações (SECCHI, 2015). Podem ser classificados como governamentais (políticos, designados politicamente, burocratas e juízes) e não governamentais (grupos de interesse, partidos políticos, meios de comunicação, destinatários das políticas públicas, organizações do terceiro setor, especialistas, entre outros) (PINTO, 2008; SECCHI, 2015; LOTTA; VAZ, 2015).

Ressalta-se que o conceito de política pública é transversal a diversas áreas de intervenção pública. Como essas áreas são muitas e dentro delas existem temas específicos, estes também demandam políticas específicas (SECCHI, 2015). Na área da saúde, por exemplo, existe a política pública de saúde, a qual é constituída por políticas públicas específicas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); Política Nacional de Promoção da Saúde

¹ Segundo Secchi (2015) a arena política é o “lugar onde acontece a disputa política”.

(PNPS); Política Nacional de Humanização (PNH); e, Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

Nesse sentido se compreende as políticas públicas como as diretrizes estruturantes – de nível estratégico, bem como aquelas de nível intermediário e operacional. Uma política pública estruturante pode então ser constituída por mais políticas públicas que a operacionalizam (SECCHI, 2015).

Em relação ao tema das políticas públicas cabe ainda abordar o processo de elaboração das mesmas, também conhecido como ciclo de políticas públicas, haja vista que este estudo busca avaliar, no contexto da prática, aspectos da implementação de uma política estruturante no país, a PNAU.

O ciclo de políticas públicas (*Policy Cycle*), assim chamado por Lindblom, é um dos modelos utilizados na Análise de Políticas (*Policy Analysis*), o qual permite visualizar e interpretar a política pública em fases e sequências organizadas de maneira interdependente (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). A literatura sobre esse modelo de análise tem adquirido importância nos estudos acerca da elaboração de políticas públicas (PINTO, 2008).

Embora há várias versões do ciclo de políticas públicas, ele pode se restringir ao modelo de sete fases principais, as quais, na prática, geralmente se misturam e se alternam, sendo elas:

- a) Identificação do problema – a percepção do problema pressupõe que haja uma discrepância entre o *status quo* e uma situação tida como ideal possível. Esse problema pode surgir subitamente, a exemplo das catástrofes, ganhar importância gradativa, como o congestionamento nas cidades, ou ainda, existir por muito tempo e não receber atenção suficiente porque a sociedade aprendeu a conviver com ele, o que ocorre com as favelas nas grandes cidades;
- b) Formação da agenda – uma vez identificado o problema ele pode entrar na lista de prioridades de atuação, conhecida como agenda. Os problemas podem entrar ou sair da agenda, ganhar ou perder espaço progressivo na mesma;
- c) Formulação de alternativas – introduzido o problema na agenda, os esforços se voltam para a elaboração e combinação de soluções para o mesmo, o que requer estabelecimento de objetivos e estratégias, bem como o estudo das potenciais consequências de cada alternativa proposta. Nessa fase são elaborados métodos, programas,

estratégias ou ações voltadas para o alcance dos objetivos estabelecidos;

- d) Tomada de decisão – compreende o momento em que são equacionados os interesses dos atores políticos e explicitadas as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento do problema, para a escolha de alternativas de solução para os problemas públicos;
- e) Implementação da política pública – é desempenhada pela administração pública, a qual tem a função de execução das políticas públicas. São elementos básicos de análise nesta fase, as pessoas e suas relações, as organizações, as instituições vigentes (regras formais e informais), os recursos financeiros, materiais, informativos e políticos (capacidade de influência). Estudar esta fase tem particular relevância pela possibilidade de se evidenciar os obstáculos e as falhas que ocorrem na execução da política nas diferentes áreas, inclusive da saúde;
- f) Avaliação – fase do ciclo em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados para se conhecer o estado da política e o nível de redução do problema que a originou. Compreende a definição de critérios, indicadores e padrões (*performance Standards*). A avaliação de uma política pública pode levar à sua continuidade, reestruturação ou extinção.
- g) Extinção – trata-se da última fase do ciclo de vida de uma política pública, que corresponde ao seu término e depende de janelas de oportunidade como os momentos de reformas ministeriais (SECCHI, 2015).

Do modelo “Ciclo das políticas públicas” destaca-se a fase de avaliação, de especial importância para este estudo, considerando-se os objetivos propostos. Ademais, como esta fase do ciclo prevê a possibilidade de reestruturação nas políticas públicas, os resultados da pesquisa poderão contribuir para melhorias na PNAU, particularmente relacionados ao ACCR e o Sistema de Referência e Contrarreferência.

3.1.1 Política Nacional de Atenção às Urgências

A formulação da política brasileira para a atenção às urgências envolveu três momentos principais. No primeiro momento, de 1998 a 2002, surgiram as primeiras iniciativas de regulamentação; no segundo, de 2003 a 2008, houve a elaboração e implantação da Política Nacional

de Atenção às Urgências, com priorização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e, no terceiro, a partir do final de 2008, ocorreu a continuidade das ações do SAMU e implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Para viabilizar as mudanças pretendidas para a área de urgência e emergência no país, uma série de portarias (Quadro 1) vêm sendo instituídas, destacando-se aquelas relacionadas às UPAs por serem estas objeto do presente estudo.

Quadro 1 – Portarias relacionadas à Atenção às Urgências no âmbito nacional.

Portarias/Ano de publicação	Deliberações
Portaria GM n. 824/1999	Aprova o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar
Portaria GM n. 2.048/2002	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência
Portaria GM n. 1.863/2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
Portaria GM n. 1.864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192
Portaria GM n. 2.072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências
Portaria GM n. 1.828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional
Portaria GM n. 2.420/2004	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita
Portaria GM n. 2.657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192

Portaria GM n. 2.922/2008*	Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências” da PNAU
Portaria GM n. 1.020/2009*	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências
Portaria GM n. 4.279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS
Portaria GM n. 1.600/2011	Reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS
Portaria GM n. 1.601/2011*	Estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RUE
Portaria GM n. 2.338/2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da RUE
Portaria GM n. 2.648/2011*	Redefine as diretrizes para implantação do componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da RUE
Portaria GM n. 2.820/2011*	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RUE
Portaria GM n. 2.821/2011*	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RUE
Portaria GM n. 2.527/2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS
Portaria GM n. 1.171/2012*	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da RUE
Portaria GM n. 1.172/2012*	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgências 24h da RUE
Portaria GM n. 2.809/2012	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à RUE e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS

Portaria GM n. 342/2013*	Redefine as diretrizes para implantação do componente UPA 24h e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal
Portaria GM n. 1.277/2013*	Cria incentivo financeiro de investimento destinado à aquisição de equipamentos médico-hospitalares e mobiliários pelos entes federativos para UPA 24hs Novas e Ampliadas que foram habilitadas conforme Portarias n. 2.922/GM/MS, de 2 de dezembro de 2008; n. 1.020/GM/MS, de 13 de maio de 2009, e n. 1.171/GM/MS, de 5 de junho de 2012
Portaria GM n. 104/2014*	Altera a Portaria n. 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares da RUE, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Fonte: elaboração da pesquisadora, 2015, com base nas Portarias Ministeriais.

Legenda: * Portarias que tratam mais especificamente das UPAs.

As UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24 horas constituem um dos oito componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), cuja organização objetiva articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Cabe mencionar que os demais componentes da RUE são: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Hospitais; e, Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a).

Com foco nas UPAs, destaca-se que a sua implantação deve considerar os contingentes populacionais, sendo previstas unidades com portes distintos em função da população da área de abrangência. Assim, as UPAs Porte I são voltadas às áreas que possuem de 50 a 100 mil

habitantes; as Unidades de Porte II são implantadas quando a população inclui 100.001 a 200 mil habitantes; e, as UPAs Porte III são indicadas quando a área de abrangência contempla 200.001 a 300 mil habitantes (BRASIL, 2014).

Existe no país um total de 190.732.694 habitantes, sendo 6.248.436 a população do estado de Santa Catarina, residente em 295 municípios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Em junho de 2016 foi registrado em todo o território nacional um total de 873 UPAs em construção, 45 em ampliação e 466 em funcionamento. Na mesma data Santa Catarina registrou, em diferentes regiões do Estado, 25 UPAs em construção, uma em ampliação e 11 em funcionamento, sendo que estas últimas se situam nos municípios de Araranguá, Biguaçu, Chapecó, Florianópolis, Herval D'Oeste, Itajaí, Joinville, Palhoça, São Francisco do Sul e São Miguel do Oeste. Cada município é constituído por apenas uma UPA, com exceção de Florianópolis com duas Unidades (BRASIL, 2016).

As UPAs foram concebidas com a intenção de contribuir para desafogar as emergências dos grandes hospitais públicos do país, tendo como principais características o encaminhamento de pacientes graves para os hospitais, o funcionamento em período integral, o atendimento em pediatria, clínica médica, odontologia (MACHADO, 2009) e podem incluir a assistência às necessidades locorregionais, a exemplo das urgências traumato-ortopédicas (SILVA et al., 2012).

No cenário das UPAs, cabe contextualizar o ACCR, um dos focos desta investigação. Como o ACCR é uma forma de organizar o atendimento aos usuários nos serviços de urgência (NASCIMENTO et al., 2011a; DURO et al., 2014; VERSA et al., 2014) visando à integralidade, resolutividade e humanização no atendimento, a sua implantação na UPA está prevista na Portaria n. 342/2013 (BRASIL, 2013a).

De acordo com o Ministério da Saúde, as diretrizes para o ACCR nos serviços de urgência compreendem (BRASIL, 2009):

- o acolhimento não é um espaço físico, mas uma postura ética que implica necessariamente no compartilhamento de saberes e angústias, o que não exige hora ou profissional específico para fazê-lo;
- pressupõe que aquele que acolhe assume a responsabilidade com o outro no atendimento às suas demandas, o que prevê a capacidade de escutar e dar respostas adequadas; pode requerer o estabelecimento de articulações com outros serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos e a continuidade da assistência;

- o acolhimento se diferencia da triagem, pois se caracteriza por uma ação inclusiva que não se esgota na etapa da recepção, mas deve ocorrer em todos os locais e momentos do atendimento no serviço de saúde; ele deixa de ser um ato isolado para ser, nessa perspectiva mais ampliada, um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários dos serviços de urgência;

- a classificação de risco, especificamente, é uma ferramenta capaz de organizar a fila de espera e propor uma ordem de atendimento que não seja aquela de chegada ao serviço de saúde; dentre seus objetivos estão: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário sem risco imediato e seus familiares sobre o tempo provável de espera; e, promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;

- o ACCR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas para a reorganização das portas dos serviços de urgência e na implantação da produção de saúde em rede; as diretrizes da ambiência para os espaços físicos do serviço podem contribuir nesse sentido.

Destaca-se que após a Classificação de Risco os usuários são encaminhados aos consultórios para atendimento médico, sendo vedada sua dispensa antes deste atendimento (BRASIL, 2006).

Esse processo de priorização do atendimento na porta de entrada dos serviços de saúde já havia sido implantado por outros países tais como Austrália, Reino Unido, Canadá e Estados Unidos, quando foi introduzido nos serviços de saúde brasileiros (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012) por meio da PNH, em 2003. Contudo, no país, este dispositivo tecnológico está atrelado à proposta de acolhimento, que objetiva humanizar a assistência aos usuários mediante a escuta qualificada.

A habilitação das UPAs pelo Ministério da Saúde prevê, por meio da Portaria GM n. 104, de 15 de Janeiro de 2014, a apresentação documentada do compromisso de implantação da classificação de risco no acolhimento dos usuários, de acordo com padrões nacionais e/ou internacionais reconhecidos (BRASIL, 2014).

Assim, a classificação de risco dos usuários deve ser orientada por um protocolo direcionador instituído em cada serviço. Alguns países desenvolveram e estão exportando protocolos específicos de classificação de risco para os serviços de urgência/emergência. No Brasil existem instituições de saúde públicas e privadas que utilizam

protocolos importados na íntegra, outras aplicam versões adaptadas e há aquelas que estão desenvolvendo seus próprios protocolos.

Os protocolos mais empregados atualmente em nível mundial são: o *Australian Triage Scale* (ATS[®]); *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS[®]); *Emergency Severity Index* (ESI[®]); e, o *Manchester Triage System* (MTS[®]). Esses protocolos organizam o atendimento em cinco níveis de prioridade (PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Dentre os protocolos, destaca-se o *Manchester Triage System* (MTS), desenvolvido por um grupo inglês de profissionais, especializado em triagem (*Manchester Triage Group*), e implantado inicialmente nos serviços de emergência do Reino Unido, a partir de 1996. No Brasil, em 2008, o estado de Minas Gerais se tornou o pioneiro na utilização desse protocolo ao adotá-lo como política pública (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O MTS estabelece para cada uma de suas categorias de classificação um número, nome, cor e tempo máximo aceitável até a realização do primeiro atendimento médico, respectivamente representados por: nível 1 – emergente, vermelho, imediato; nível 2 – muito emergente, laranja, 10 minutos; nível 3 – urgente, amarelo, 60 minutos; nível 4 – pouco urgente, verde, 120 minutos; e, nível 5 – não urgente, azul, 240 minutos. Assim, o atendimento é organizado de forma que os pacientes com sinais de gravidade sejam priorizados com base em critérios bem estabelecidos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem buscado padronizar o processo de ACCR em todo o território nacional (TOLEDO, 2009), recomendando que nas portas de entrada das urgências e emergências do SUS seja utilizado, para a classificação de risco, um sistema que sinaliza as prioridades também por cores e tempo alvo desejado até o atendimento médico: Prioridade 0 (cor vermelho) – emergência, caracterizada pela necessidade de atendimento imediato, como nos casos de parada cardiorrespiratória ou comprometimento hemodinâmico; Prioridade I (cor amarelo) – identificada como urgência, o atendimento deve ser o mais rápido possível, a exemplo da dor torácica; Prioridade II (cor verde) – considerada não urgente, como nos casos de enxaqueca, cujo tempo de espera deve ser de até 30 minutos; e, Prioridade III (cor azul) – atendimento de baixa complexidade que será realizado por ordem de chegada, a exemplo de queixas crônicas sem alterações agudas (BRASIL, 2004a).

Algumas instituições brasileiras incluem a prioridade muito urgente (cor laranja) com necessidade de atendimento médico inferior a 15 minutos, como a alteração do estado mental e trauma grave

(BRASIL, 2009), com base no Sistema de Triagem de Manchester (MTS) (PINTO JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012). Na realidade de Santa Catarina foi observado que alguns hospitais adotam a classificação com a cor laranja, a exemplo do Hospital Universitário Ernani de São Thiago e Regional Homero de Miranda Gomes, dos municípios de Florianópolis e São José, respectivamente.

A análise de estudos aponta diferenças no cenário brasileiro em relação aos níveis de prioridade e ao tempo de espera em cada uma das categorias da classificação de risco. O protocolo institucional de acolhimento com avaliação e classificação de risco utilizado no serviço de emergência do Hospital São Paulo estratifica o risco em cinco níveis, diferenciados por cores para facilitar a visualização: vermelho; laranja; amarelo; verde; e, azul. A cor vermelha significa que o atendimento médico deve ser imediato; laranja sinaliza atendimento em, no máximo, 10 minutos; amarelo recomenda atendimento em até 60 minutos; verde indica que o atendimento deve ocorrer em até 120 minutos; e, azul, atendimento em, no máximo, 240 minutos (OLIVEIRA et al., 2016a).

Outro protocolo elaborado e validado para a avaliação e classificação de risco em unidade de emergência, desenvolvido em um Hospital de ensino do interior paulista, possui em sua configuração quatro níveis de prioridade de atendimento: vermelho (Grupo 1); amarelo (Grupo 2); verde (Grupo 3); e, azul (Grupo 4). O tempo de espera em cada grupo compreende, respectivamente: atendimento imediato devido o risco de morte iminente; avaliação médica no período de 15 a 30 minutos após a avaliação do enfermeiro, pois a sintomatologia pode evoluir para complicações; atendimento médico de duas a quatro horas depois da avaliação do enfermeiro, uma vez que não há risco potencial de morte; e, avaliação médica sem prioridade, por ser caracterizada como demanda que poderia ser atendida na atenção básica (SILVA et al., 2014).

A Portaria GM n. 2.048, de 5 de novembro de 2002, instituiu que a classificação de risco deve ser realizada por um profissional de saúde, de nível superior, devidamente treinado para essa prática (BRASIL, 2002). Em 2009, o Ministério da Saúde publicou, em documento específico sobre o acolhimento e classificação de risco em serviços de urgência, que todos os profissionais de saúde realizem o acolhimento, entretanto a classificação de risco é praticada por profissional de enfermagem de nível superior, embasada em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica (BRASIL, 2009).

Para garantir que esta responsabilidade seja desempenhada privativamente pelo enfermeiro e amparar legalmente o profissional no exercício dessa atividade, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) aprovou a Resolução n. 423/2012 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012). Assim, quando o usuário procura o serviço de urgência e emergência é acolhido pelo enfermeiro, que faz a escuta qualificada e o classifica com cores, conforme critérios de risco estabelecidos em protocolos.

Estudos brasileiros sobre a temática ressaltam o importante papel que o enfermeiro vem desenvolvendo na avaliação do usuário com a aplicação da classificação de risco. Autores apontam o enfermeiro como um profissional de excelência na execução da classificação de risco pela sua capacidade de organizar o fluxo dos usuários de acordo com a prioridade do atendimento e a demanda dos serviços (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Como responsável pela classificação de risco, o enfermeiro tem autonomia para decidir sobre a continuidade do cuidado dos usuários que procuram o serviço (OLIVEIRA et al., 2016b), regulando o atendimento nas portas de entrada dos serviços de urgência (SOUZA et al., 2014), o que o coloca como sujeito de destaque na operacionalização do ACCR (OLIVEIRA et al., 2016b).

Pesquisa que analisou a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção do cuidado em UPAs, do município de Porto Alegre/RS, identificou que a atividade assistencial mais frequente no processo de trabalho do enfermeiro é o ACCR (GEHLEN; LIMA, 2013), dado que evidencia a relevância desse papel desempenhado pelo profissional.

Tal como o ACCR, o sistema de referência e contrarreferência foi adotado neste estudo como objeto de investigação, por ser considerado fundamental na organização dos serviços de saúde e na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente em relação à integralidade da assistência.

Segundo Serra e Rodrigues (2010) um sistema de referência e contrarreferência é elemento essencial para que ações e serviços de saúde funcionem de maneira integrada, numa perspectiva de rede de serviços. Nesse sentido, entende-se este sistema como mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.

Estudo de revisão, que apresenta os principais resultados da produção científica publicada no período de dez anos (2002 a 2011) sobre acesso aos serviços de saúde no Brasil, aponta os principais

limites, os avanços e seus resultados, bem como os desafios e as sugestões relacionados à organização da rede de atendimento, dentre os quais se situam aspectos relevantes do sistema de referência e contrarreferência. Em relação aos limites, pontua-se a demora na entrada, nos procedimentos e encaminhamentos aos demais níveis de atenção, repercutindo no agravamento da condição de saúde dos usuários, além da descontinuidade do cuidado que configura o sistema de referência e contrarreferência como um nó crítico (BARBIANI et al., 2014).

Sobre os avanços e seus resultados na organização da rede de atendimento se evidenciou que a interligação dos pontos de atenção reorganizou o fluxo, promoveu a comunicação e a melhoria da qualidade da assistência. Contudo, indica-se, como um dos desafios e sugestões para organizar a rede, a necessidade da sua articulação para continuidade do cuidado e o equacionamento dos fluxos de referência e contrarreferência (BARBIANI et al., 2014).

Pesquisa realizada em unidade não hospitalar de urgência e emergência corrobora que há fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência, configurando um sistema fragmentado de assistência à saúde, incapaz de prestar uma atenção integral à população (GARCIA; REIS, 2014). Apesar dos investimentos político e financeiro despendidos com as UPAS, esses serviços não conseguiram contornar os problemas de integração entre as unidades de saúde, ao menos no município do Rio de Janeiro (KONDER; O'DWYER, 2016).

Cabe destacar que a PNAU estabelece para as unidades não hospitalares de atenção às urgências, nas quais se incluem as UPAs, a missão de desenvolver ações de saúde por meio do trabalho interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir na condição clínica do usuário e referenciá-lo para a rede básica, especializada ou internação hospitalar, proporcionando um cuidado contínuo capaz de beneficiar os pacientes agudos e não agudos, favorecendo, pelo seu acompanhamento, especialmente aqueles com quadros crônicos degenerativos, a prevenção de agudizações frequentes (BRASIL, 2006).

A Portaria GM n. 342, de 4 de Março de 2013, especifica ainda que dentre as competências da UPA na RUE estão: prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário; contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de urgência, de modo a garantir a

continuidade ao tratamento com impacto positivo na saúde individual e coletiva (BRASIL, 2013a).

Outra competência da UPA relacionada à integralidade do cuidado, incorporada na Portaria GM n. 104, de 15 de Janeiro de 2014, é a de se articular com a Atenção Básica (AB), SAMU, hospitais, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de saúde, mediante fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgência e complexos reguladores instalados na região (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que para requerer a habilitação da UPA, junto ao Ministério da Saúde, é necessário apresentar a documentação atinente às grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível local/regional com todos os componentes da rede de urgência e, quando houver, com o transporte sanitário (BRASIL, 2013a).

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, publicado na Portaria GM n. 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), aponta como fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o referenciamento dos usuários que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de atenção, necessitem da assistência de outros níveis. Nesse sentido, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes para garantir seu encaminhamento, além de estabelecidos os mecanismos capazes de assegurar o transporte para os casos mais graves que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte pactuada.

Segundo a mesma Portaria, o transporte inter-hospitalar pode ser entendido como a transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, de terapêutica ou demais unidades de saúde, que funcionem como base de estabilização para usuários em situação grave, de caráter público ou privada, e que tem como principais finalidades:

- a transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para aqueles de referência de maior densidade tecnológica, na busca de elucidação diagnóstica, intervenção clínica, cirúrgica ou de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada usuário assim exigir;

- a transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor densidade tecnológica, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do usuário e a estrutura da unidade para a qual ele está sendo encaminhado assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a disponibilidade dos recursos especializados aos pacientes mais graves.

Os meios de transporte utilizados na RUE poderão ser aéreo, aquaviário ou terrestre, considerando-se as condições geográficas de cada região, as distâncias e vias de acesso (aeroporos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial), assim como a condição clínica de cada paciente. Esse transporte deve ser realizado em veículo equipado e adequado à disponibilidade de recurso e situação do paciente (BRASIL, 2002).

É nesse contexto de políticas públicas e especificamente da PNAU, que o ACCR e o sistema de referência e contrarreferência serão avaliados na UPA, de acordo com os objetivos já mencionados para o presente estudo.

3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

3.2.1 Aspectos Históricos e Conceituais

A avaliação é uma prática tão antiga quanto a própria história da humanidade, sendo inerente ao processo de aprendizagem. Atualmente assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e referenciais de análise (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SANTOS-FILHO, 2007). Os avanços teóricos e metodológicos que ocorreram com o passar do tempo permitiram que as avaliações se tornassem cada vez mais finas e completas (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Entretanto, destaca-se que foi logo após a Segunda Guerra Mundial que surge no contexto mundial o conceito de avaliação dos programas públicos. Isso ocorre porque o Estado, que passava a substituir o mercado, precisava definir meios para garantir que a aplicação dos recursos públicos fosse realizada com a maior eficácia possível. No processo evolutivo da prática avaliativa, é na década de 70 que a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impõe e parece ser a melhor solução para satisfazer à demanda de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

No Brasil, no momento em que se discute a reorganização dos serviços de saúde a avaliação da qualidade destes serviços se torna relevante (REIS et al., 1990), o que ocorreu, a partir da Constituição Federal de 1988, no contexto do Sistema Único de Saúde. Assim, foi introduzido em 1998 um programa nacional para avaliar os serviços de saúde.

O programa, denominado Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), com a finalidade de ampliação, foi reformulado passando a Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), com o objetivo de avaliar os serviços de saúde do SUS para apreender de maneira mais completa e abrangente possível a realidade desses, em suas diferentes dimensões. Em um primeiro momento priorizou-se a aplicação do Programa, de forma censitária, em alguns serviços, incluindo os serviços de urgência e emergência isolados (BRASIL, 2004b).

Ressalta-se que o fomento à cultura da prática avaliativa nos serviços de saúde é foco nesse Programa e que a sua institucionalização tem sido alvo em estudos sobre o tema (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2006; FELISBERTO et al., 2008; RIBEIRO; DAVIES, 2012).

O aprofundamento da temática avaliação em saúde requer o seu entendimento conceitual. Nesse sentido, CHAMPAGNE et al. (2011, p. 44), ao considerar que são numerosas as definições de avaliação, adota aquela que reúne elementos que hoje são consensuais:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

A avaliação em saúde também pode ser concebida, de uma maneira mais abrangente, como “*um dos tipos possíveis de julgamento*

que se faz sobre as práticas sociais” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 15), ou mais especificamente, definida como

um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando a aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p.16).

Podem ser consideradas intervenções: técnicas ou procedimentos; medicamentos ou tratamentos; protocolos de cuidados; organizações (um hospital, uma unidade de cuidados); programas; e; políticas de saúde (CHAMPAGNE et al., 2011).

Entende-se que uma intervenção compreende o conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um determinado contexto e momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Os componentes da intervenção ainda podem ser especificados como: a estrutura (simbólica, física e organizacional); os atores e suas práticas; os processos de ação; as finalidades; e, o ambiente (CHAMPAGNE et al., 2011).

Segundo TANAKA e TAMAKI (2012, p. 822) “a maior parte das definições de avaliação se apresenta de forma indissociável ao processo de tomada de decisão ou a sua aplicação no campo da gestão”, podendo a mesma ser entendida como um dos componentes do processo de gestão (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Considerada um poderoso instrumento de mudança, a avaliação deve ser vista como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. Seu objetivo é a identificação, avaliação e correção de situações com potencial de melhorias (PISCO, 2006). Ressalta-se que a avaliação só tem valor quando os conhecimentos e informações produzidos levam ao aprimoramento institucional e profissional (FELISBERTO, 2006).

A dificuldade em definir com precisão o que é avaliação está relacionada ao próprio desenvolvimento histórico do seu processo e a caracterização de suas diferentes fases, conhecidas como gerações (TANAKA; MELO, 2007):

- Avaliação da primeira geração – focada exclusivamente em *medir* os fenômenos avaliados;
- Avaliação da segunda geração – ampliação da avaliação de um simples processo de medição para uma *descrição* mais abrangente de outros fatores capazes de responder aos objetivos do processo e que interferem com o fenômeno avaliado;
- Avaliação de terceira geração – visa ir além da abordagem descritiva prevista na fase anterior e inclui o *juízo* como um dos elementos primordiais da avaliação, ao lado da descrição. Contudo, não esclarece de quem é o juízo que prevalece nas avaliações;
- Avaliação de quarta geração – considera no seu processo os atores interessados, aspecto que contribui para a inclusão de diferentes perspectivas no processo de avaliar, e elimina o pressuposto de que a avaliação deva ser uma prática exclusiva de especialista.

Outros autores também abordam as gerações da avaliação e complementam que na primeira delas (1800-1930) as atividades avaliativas resultam na elaboração de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistemática de dados. A próxima geração (1930-1957) acrescenta, a esse tipo de coleta de dados e às práticas de medida da intervenção, a descrição dos programas, compreensão da sua estrutura e de seu conteúdo, a identificação das suas forças e fragilidades para determinar se eles permitem responder aos objetivos e apontar recomendações para sua melhoria (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A terceira geração é marcada pelos períodos de expansão (1957-1972) e de profissionalização e institucionalização da disciplina (1973-1989). Há um aumento do quadro conceitual e das funções da avaliação, sendo ao avaliador atribuído o papel de juiz. Evidencia-se uma evolução para uma prática profissionalizada e institucionalizada da avaliação, com a criação de associações profissionais de avaliadores e de novos meios de produção e de divulgação dos conhecimentos sobre a mesma (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Na última geração, a partir de 1990, são introduzidas iniciativas para ampliar a diversidade dos agentes e das abordagens metodológicas envolvidos na produção da avaliação. Destaca-se que o papel do avaliador de moderador prevalece sobre suas funções de técnico, de descritor e de juiz. A avaliação é entendida como uma atividade técnica e prática, mas, sobretudo emancipatória, por permitir a participação

coletiva de todos os atores envolvidos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). Desse modo, entende-se que este estudo se caracteriza como uma avaliação de quarta geração.

A avaliação em saúde lida com um fator complexo que é o seu produto, algo que é parte integrante do usuário do serviço. Assim, um grande avanço na avaliação do setor é compartilhar o processo dessa com os usuários, considerando sempre que possível a sua perspectiva (TANAKA; MELO, 2007), que é muito útil para produzir informações relevantes acerca dos serviços prestados (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Nesse sentido, estudos de avaliação desenvolvidos com profissionais em Serviços Hospitalares de Emergência, que adotam o ACCR, reconhecem a não participação dos usuários no processo avaliativo do acolhimento como limitação do estudo (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a) ou recomendam outras pesquisas para conhecer sua opinião sobre o assunto (VITURI et al., 2013).

Na pesquisa de Bellucci Júnior e Matsuda (2012a), realizada apenas com os trabalhadores de enfermagem, a insatisfação em alguns itens da Estrutura, Processo e Resultado na avaliação do ACCR indica que ainda não estão incorporadas no processo de trabalho todas as ações de acolhimento ao usuário recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Na investigação de Vituri et al. (2013), que contemplou diversas categorias profissionais além da enfermagem, mas que também não incluiu os usuários, o ACCR foi avaliado como precário pois, apesar de iniciativas de melhorias na estrutura e no processo de trabalho/atendimento, ainda é necessário melhorar em muito as condições de conforto, comunicação interpessoal, capacitação continuada, reavaliação contínua do protocolo, estruturação e integração dos hospitais com a atenção primária à saúde.

Esses estudos instigam saber a opinião dos usuários acerca do ACCR, uma vez que as avaliações dos profissionais sinalizam a necessidade de melhorias nessa estratégia de atendimento. Os usuários teriam a mesma percepção dos profissionais ou diferente? Conhecer a opinião dos usuários poderia corroborar os resultados encontrados nos estudos, apontar novas demandas de aperfeiçoamento para o ACCR, ou mesmo, revelar maior satisfação com esse dispositivo.

Hollanda et al. (2012) complementam que no âmbito das relações entre serviços e usuários, os estudos podem contribuir para melhorar a qualidade quando evidenciam em que medida os problemas afetam o atendimento. Assim, incorporar a visão dos usuários na gestão

das organizações públicas pode favorecer mudanças culturais nas relações entre estado e sociedade no setor saúde.

Autores apontam que a avaliação tem as dimensões cognitiva, normativa e instrumental ou utilitária, as quais objetivam, respectivamente: produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas; lançar um julgamento; e, melhorar uma determinada situação (CHAMPAGNE et al., 2011).

Qualquer intervenção pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a pesquisa avaliativa e a avaliação normativa. A primeira está atrelada a um procedimento científico que possibilite analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. O segundo tipo, objetiva apreciar cada componente da intervenção em função de critérios e normas (CHAMPAGNE et al., 2011).

Em uma avaliação as abordagens e os métodos utilizados variam segundo os tipos de intervenções e, em especial, pela sua complexidade (CHAMPAGNE et al., 2011). Nesse sentido, o avaliador precisa definir na concepção de um projeto de avaliação as estratégias que serão empreendidas no processo, incluindo a escolha dos critérios, indicadores e parâmetros da avaliação. Esse poder de escolha faculta ao avaliador uma capacidade de direcionar o processo avaliativo para decisões que garantam a pertinência, a coerência e a consistência da avaliação, bem como a sua aderência às necessidades da população (TANAKA; TAKAMI, 2012).

Dada à relevância de serem conhecidos os critérios, indicadores e parâmetros em projetos que visem à avaliação de serviços de saúde, como é o caso desta pesquisa, vale uma apresentação destes conceitos.

Entende-se como critérios aspectos dos componentes da intervenção selecionados para a avaliação, que podem incluir partes da estrutura, do processo ou dos resultados (VIEIRA-DA-SIVA, 2014).

Os critérios são operacionalizados por meio de indicadores (SECCHI, 2015), os quais são razões ou proporções entre variáveis ou critérios (VIEIRA-DA-SIVA, 2014), que trazem a ideia de quantificação de informações, sendo desenvolvidos com essa finalidade. Estão vinculados aos critérios de confiabilidade e validade, estes compreendidos como a busca de precisão e exatidão no que se pretende medir ou avaliar. Aponta-se ainda que a validade se desdobra em medidas de sensibilidade e de especificidade (SANTOS-FILHO, 2007).

Tanaka e Takami (2012) definem os indicadores como variáveis que buscam fornecer a melhor imagem possível do objeto investigado, no entanto, considerando as inúmeras facetas, pelas quais ele pode ser

observado, podem existir inúmeros conjuntos de variáveis capazes de formar essa imagem, o que faz com que a escolha dos indicadores a serem utilizados em uma avaliação seja uma das tarefas críticas do avaliador. Exemplos desses são os de resultado, relacionados aos efeitos das políticas públicas. Esses indicadores são operacionalizados mediante médias ou percentuais de satisfação dos usuários, número de reclamações recebidas, cumprimento das diretrizes pelos agentes públicos, entre outros (SECCHI, 2015).

Para Assis et al. (2005) os indicadores são uma espécie de sinalizadores que buscam expressar sinteticamente um aspecto da realidade (variável). Possibilita construir meios para se verificar os rumos das mudanças que se deseja alcançar.

Por sua vez, os parâmetros são definidos como índices quantitativos ou qualitativos estabelecidos como referência (TANAKA; TAKAMI, 2012) comparativa aos indicadores (SECCHI, 2015). Para serem entendidos como adequados, os parâmetros devem: ter correspondência com o indicador escolhido; considerar os recursos disponíveis e/ou capazes de serem mobilizados; serem aceitos pelos gestores, técnicos e por outros interessados na avaliação; e, factíveis de serem atingidos mediante esforços empreendidos para esse fim, no contexto real em que a ação é desenvolvida. Escolher os parâmetros é outra tarefa crítica do avaliador (TANAKA; TAKAMI, 2012).

Medina et al. (2005) explicam que para desenvolver o processo avaliativo nem sempre os parâmetros estão objetivamente estabelecidos e que a forma de medi-los também pode variar. Assim, muitas vezes, torna-se necessário que o grupo responsável pela condução da avaliação construa consensos em relação aos parâmetros mais apropriados e método mais adequado para a aferição do que se deseja avaliar.

No campo das políticas públicas, cabe mencionar a dificuldade de se realizar avaliações completas e significativas por se tratar de uma tarefa dispendiosa, se considerados as informações e o tempo necessários. Por isso, as avaliações acabam se traduzindo na verificação de alguns indicadores básicos que com frequência não revelam aspectos qualitativos dos processos e resultados produzidos (SECCHI, 2015).

A compreensão dos aspectos referentes à avaliação, apresentados neste estudo, é fundamental para desenvolver a avaliação na área da saúde. São conceitos que norteiam o processo avaliativo independente do cenário de investigação e que, portanto, serão utilizados nesta pesquisa.

3.2.2 Avaliação em Saúde na perspectiva Donabedian

A abordagem de avaliação dos serviços de saúde adotada nesta pesquisa tem sua origem no desenvolvimento da concepção de qualidade voltada para esse tipo de serviço. Foi a partir da década de 1960 que os serviços de saúde, devido a sua própria expansão, passaram a ser pensados como produtos ofertados aos usuários, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, que atualmente é considerada um atributo relevante na sua valorização no mercado. A importância da qualidade é observada não somente no setor privado, mas também no público, como parte dos direitos sociais da população e relacionada aos movimentos de consumidores (NOVAES, 2000).

Para Avedis Donabedian, um dos pioneiros na avaliação da qualidade em saúde e o mais importante autor nessa modalidade, cujos primeiros trabalhos foram publicados na década de 1960, a prática avaliativa é constituída de três dimensões (tríade donabediana): Estrutura; Processo; e, Resultado (NOVAES, 2000). A primeira se refere aos atributos das instalações onde ocorrem os atendimentos. São eles os recursos humanos, materiais, financeiros e a estrutura organizacional (DONABEDIAN, 1988).

A avaliação de Processo está relacionada com as atividades realizadas para prestar o atendimento e com as relações que são estabelecidas nesse processo entre profissionais e usuários. Quanto à avaliação de Resultados, indica os efeitos do atendimento prestado sobre o estado de saúde dos pacientes. São incluídas nessa dimensão avaliativa as melhorias no conhecimento e no comportamento do paciente, bem como o grau de satisfação em relação ao atendimento recebido (DONABEDIAN, 1988). Destaca-se que essa concepção da tríade Donabediana continua sendo à base da avaliação da qualidade nos dias atuais (AYANIAN; MARKEL, 2016).

Sendo assim, os dados que compõem os instrumentos utilizados na avaliação podem estar relacionados às condições estruturais, aos processos inerentes às práticas avaliadas e aos resultados decorrentes do atendimento prestado (NOVAES, 2000).

Donabedian destacou a necessidade de medidas válidas de estrutura e processo que poderiam estar ligadas a resultados, e de medidas confiáveis de qualidade que sejam facilmente replicáveis. Ademais, ele destacou a relevância de amostras representativas e de padrões claros de medição (AYANIAN; MARKEL, 2016).

Na avaliação da qualidade uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a

probabilidade de um bom resultado. Portanto, é essencial ter essa relação estabelecida antes de escolher qualquer componente de estrutura, processo e resultado para avaliar a qualidade (DONABEDIAN, 1988).

As avaliações de qualidade mais conhecidas de Donabedian tratam da atenção médica, com foco na efetividade, eficiência e otimização dos procedimentos, seguindo o padrão das pesquisas de avaliação que geralmente utilizam as variáveis estruturais, de processo e de resultado. Contudo, seu referencial teórico também tem sido implementado em outras modalidades de atenção à saúde e tipos de avaliação, com a utilização de diversas metodologias quantitativas e qualitativas (NOVAES, 2000).

3.2.3 Responsividade na Avaliação em Saúde

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde mediante inquéritos voltados aos usuários se tornou uma prática generalizada a partir do final da década de 1980, na Europa e Estados Unidos, enquanto que no Brasil essas pesquisas se mostraram mais comuns a partir da segunda metade da década de 1990. Inicialmente as investigações sobre o atendimento a usuários tinham como abordagem as pesquisas de satisfação, e mais recentemente, as de responsividade (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

Proposto pela Organização Mundial da Saúde, no ano 2000, com o objetivo de minimizar a subjetividade das avaliações de satisfação do usuário, o conceito de responsividade se refere ao quanto o sistema de saúde se adéqua às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos não médicos do cuidado, ou seja, os elementos não diretamente ligados ao estado de saúde. Em sua operacionalização, o conceito consideraria apenas o que o usuário é capaz de avaliar, excluindo, por exemplo, a competência técnica dos profissionais, e utilizando um formato de pergunta mais dirigido ao que acontece do que ao quanto ele próprio está satisfeito (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

Na avaliação da responsividade são consideradas duas dimensões: *respeito pelas pessoas* e *orientação para o cliente*. A primeira engloba a questão ética envolvida na interação do usuário com o sistema de saúde, agrupada nas categorias: dignidade; confidencialidade; autonomia; e, comunicação. A segunda dimensão, *orientação para o cliente*, inclui categorias que interferem na satisfação

do usuário, mas que não estão ligadas diretamente com o cuidado à saúde, sendo constituída pelas categorias: agilidade; instalações; suporte social; e, escolha (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Entende-se a responsividade como uma medida da qualidade e da humanização da assistência (LIMA et al., 2014), o que leva a pensar que seja coerente utilizar a mesma neste estudo, como paradigma para a avaliação do ACCR pelos usuários, uma vez que esta estratégia de acolhimento, proposta em 2003 pela PNH, objetiva a humanização na assistência à saúde nas portas de entrada do sistema de saúde brasileiro.

Vaitsman e Andrade (2005) reforçam que humanização, tal como vem sendo aplicada na área da saúde, se refere a uma concepção de política de garantia de direitos do usuário, os quais são medidos por meio de conceitos operacionais como satisfação e responsividade. Os autores explicam que as pesquisas de satisfação deram destaque ao lugar dos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, enquanto a responsividade fortaleceu esta posição, conferindo-lhe o *status* de indivíduo/cidadão, sujeito de direitos válidos universalmente.

Embora a responsividade na avaliação dos serviços de saúde tenha sido concebida pela Organização Mundial da Saúde para avaliar o sistema de saúde de uma maneira geral, evidencia-se sua aplicação na avaliação de instituições e serviços de saúde específicos, como mostram alguns estudos (HOLLANDA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012a; LIMA et al., 2014; MISHIMA et al., 2016). Contudo, destaca-se que ainda são escassas as pesquisas brasileiras sobre responsividade (MISHIMA et al., 2016).

No âmbito nacional, a pesquisa de Hollanda et al. (2012) trata da satisfação dos usuários com o atendimento de três unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, no município do Rio de Janeiro, tomando como base as categorias satisfação e responsividade. O resultado foi positivo, principalmente em relação à satisfação com o atendimento dos profissionais de saúde, mas alguns itens específicos, como a limpeza dos banheiros e a privacidade nas consultas, não foram bem avaliados.

O estudo de Rodrigues et al. (2012a) envolveu o serviço de enfermagem e teve como objetivo mensurar a responsividade do mesmo em uma unidade médico-cirúrgica de um hospital universitário, na visão do cliente, abordando as categorias Expectativas e Percepções. Concluiu-se que o usuário considera o serviço adequado, nível de satisfação que aparentemente não está relacionado ao perfil sociodemográfico da população atendida na instituição. Estes autores recomendam que mais estudos sejam realizados para desenvolver novos

instrumentos e metodologias de avaliação da responsividade dos serviços de saúde, a fim de aumentar a disponibilidade de instrumentos de medida de qualidade (RODRIGUES et al., 2012a).

Na investigação de Lima et al. (2014) foi analisada a percepção do idoso sobre o cuidado humanizado na atenção básica, enfocando os aspectos que interferem na qualidade do atendimento. Como resultado, identificou-se baixo desempenho em alguns domínios (autonomia, escolha dos profissionais e estrutura física) de avaliação da responsividade.

Diferente dos estudos anteriores (HOLLANDA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012a; LIMA et al., 2014), pela sua abordagem qualitativa, outra pesquisa desenvolvida na atenção básica analisou a satisfação dos usuários sob a perspectiva da responsividade e evidenciou um serviço de saúde próximo e acessível, que acolhe, cuida e acompanha a saúde do usuário e de sua família, considerando as suas necessidades e desejos, assegurando a sua participação e liberdade nas escolhas e decisões, e garantindo confidencialidade e privacidade (MISHIMA et al., 2016).

Na literatura internacional, estudos objetivam desenvolver instrumentos de medida válidos e confiáveis para avaliar a responsividade de serviços de saúde específicos como de saúde mental (FOROUZAN et al., 2014) e perinatal (van der KOOY et al., 2014). Existem também as pesquisas que avaliam a responsividade em diferentes serviços de países como África do Sul, Nigéria, Egito, Polônia e Iran (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012; MOHAMMED et al., 2013; MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013; GROMULSKA et al., 2014; FOROUZAN et al., 2016; NAJAFI et al., 2016). Esses estudos são desenvolvidos em hospitais, ambulatorios ou serviços de saúde mental e com populações de adultos e/ou idosos. Destaca-se que não foi identificado nas publicações nacionais e internacionais estudo voltado para a avaliação da responsividade dos serviços de saúde de urgência e emergência.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa avaliativa que utiliza como estratégia metodológica os métodos quantitativo e qualitativo. A pesquisa avaliativa é um tipo de estudo que envolve intervenções ao abordar o desenvolvimento de informações úteis sobre um programa, prática, procedimento ou política pública, a fim de que se possa decidir pela sua adoção, modificação ou abandono (POLIT; BECK, 2011).

Na **etapa quantitativa** da investigação foram desenvolvidos três estudos:

1. *Estudo metodológico* – realizou-se a elaboração e a validação de conteúdo do instrumento de avaliação da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco;
2. *Estudo correlacional* – compreendeu a avaliação da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários da UPA;
3. *Estudo descritivo* – refere-se à avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco pelo gestor e profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) da UPA.

A **etapa qualitativa** envolveu o:

4. *Estudo descritivo* – direcionado às facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência na UPA, reveladas pelos enfermeiros e médicos.

Diante das diferentes abordagens metodológicas adotadas nesta investigação, cabe explicar brevemente esses estudos de acordo com a literatura. Assim, as pesquisas metodológicas podem ser entendidas como aquelas que tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

O estudo descritivo busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação ou de uma determinada população (GIL, 2010; POLIT; BECK, 2011), enquanto o correlacional objetiva descrever as relações entre as variáveis, porém sem inferir conexões causais (POLIT; BECK, 2011).

A primeira e a segunda fases ocorreram de forma sequencial, pela dependência da segunda à primeira. A terceira e quarta fases também seguiram a lógica sequencial, uma vez que envolviam os mesmos participantes.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Pronto Atendimento do município de Biguaçu, na região da Grande Florianópolis, estado de Santa Catarina. O município tem uma área territorial de 370, 874 Km², com uma população de 58.206 habitantes, sendo sua densidade demográfica de 156,94 habitantes/km² e o Índice de Desenvolvimento Humano de 0,739 no ano de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

O município de Biguaçu está organizado em 16 regiões de saúde, que correspondem aos bairros. A UPA se localiza na região 5, no bairro Fundos, no qual também existem outros serviços: um Centro de Saúde com eSF e o SAMU.

Os serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no município, na qual a UPA está inserida, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Rede de Atenção às Urgências no município de Biguaçu, Santa Catarina, junho de 2015.

Serviços	n
Centro de Saúde/Unidade Básica	13
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	01
Policlínica Municipal de Biguaçu*	01
Unidade de Pronto Atendimento – UPA	01
Hospital Regional de Biguaçu**	01
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	01
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	01
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	01
Clínica Municipal de Fisioterapia	01

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2015a).

Legenda: *Inclui Serviço de Atenção Domiciliar; **Inaugurado em agosto de 2015.

A força de trabalho da UPA do município de Biguaçu está distribuída na Tabela 2, de acordo com a categoria profissional e o quantitativo correspondente.

Tabela 2 - Profissionais da Unidade de Pronto Atendimento do município de Biguaçu, Santa Catarina, agosto de 2014.

Categoria profissional	n
Médico	34
Farmacêutico	1

Enfermeiro	10
Técnico de enfermagem	26
Auxiliar de enfermagem	1
Técnico em radiologia e imagenologia	1
Assistente administrativo	1
Recepcionista	4
Gerente administrativo	1
Vigilante	2
Total	81

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2015a) e segundo informações coletadas junto à Secretaria Municipal de Saúde.

A Unidade de Pronto Atendimento investigada, inaugurada no ano de 2012, é classificada como de Porte I. Além de habilitada, foi qualificada pelo Ministério da Saúde sob Portaria n. 1.450/2013 (BRASIL, 2013b). Como a qualificação é válida por dois anos, podendo ser revogada mediante novo processo de avaliação, a UPA teve a sua qualificação renovada pela Portaria n. 1.624/2015 (BRASIL, 2015b).

Cabe ainda mencionar que apesar da UPA de Biguaçu realizar a Classificação de Risco dos usuários conforme um fluxograma direcionador baseado em cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), não segue um protocolo específico para a realização dessa prática.

4.2.1 Critérios para a seleção do local do estudo

Para a seleção da UPA, adotou-se como critérios de inclusão o tempo de funcionamento mínimo de dois anos, devido à experiência consolidada de implantação do serviço, e a qualificação aprovada por meio de Portaria ministerial. De acordo com a Portaria n. 1.601/2011 (BRASIL, 2011b), entende-se como uma UPA qualificada aquela que, após habilitada, passou pelo processo de qualificação e cumpriu os requisitos estabelecidos nos termos da Portaria, como: verificação dos compromissos assumidos do componente UPA 24 h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências mediante relatório de visita técnica; classificação de risco implantada com horizontalização da gestão do cuidado, validado em relatório de visita técnica; comprovação do efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas centrais de regulação; estabelecimento e implantação de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos, verificados em visita técnica; comprovação da

cobertura do SAMU 192 através da portaria de habilitação; e, avaliação da articulação da UPA 24 h, SAMU 192 e Atenção Básica através de relatório da visita técnica.

Cabe mencionar que das 10 UPAs existentes em Santa Catarina apenas três estavam em funcionamento há pelo menos dois anos e tinham sido qualificadas pelo Ministério da Saúde até 2014, quando foi selecionado o local do estudo. Considerando-se que a UPA de Biguaçu e as UPAs Norte e Sul de Florianópolis foram qualificadas, respectivamente, em julho de 2013, abril e julho de 2014, foi escolhida a primeira para a presente investigação devido ao maior tempo de qualificação.

4.3 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUANTITATIVA

4.3.1 *Estudo Metodológico*

Este estudo está relacionado ao primeiro objetivo da tese, o qual visa elaborar e validar um instrumento para avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento.

4.3.1.1 População e Amostra

Envolveu dois grupos de participantes: juízes – que realizaram a validação de conteúdo do instrumento; e, usuários da UPA – que participaram da avaliação semântica do referido instrumento.

Para identificar os juízes foram analisadas publicações de artigos científicos sobre os temas ACCR e/ou responsividade no atendimento dos serviços de saúde. De posse do nome dos autores, consultou-se a base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para localizar o currículo lattes de cada potencial avaliador, o que possibilitou verificar aqueles com maior experiência na temática. Para a seleção dos juízes se considerou:

4.3.1.1.1 Critérios de inclusão dos juízes

Docentes de enfermagem e/ou enfermeiros com titulação mínima de mestre e com domínio e/ou experiência com o ACCR e/ou responsividade.

Foram selecionados oito juízes de quatro estados brasileiros (Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná e Piauí), sendo três docentes de enfermagem, de três universidades públicas do país, e cinco enfermeiros mestres, os quais foram convidados por correio eletrônico (*e-mail*) a participar deste estudo. Como um deles recusou o convite,

devido à sua demanda de trabalho, selecionou-se um novo docente, que aceitou participar. Assim, o painel de juízes foi constituído por profissionais com qualificação específica na área da pesquisa (Quadro 2), sendo o seu número definido de acordo com a literatura (LYNN, 1986).

Quadro 2 - Características e competências dos juízes selecionados para a validação de conteúdo.

Juiz	Instituição de vinculação	Formação/ Titulação	Experiência ou domínio na temática
1	Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Docente e doutor	Avaliação da qualidade; ACCR
2	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	Docente e doutor	Avaliação de programa e serviços de saúde; ACCR
3	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Docente e doutor	Gerenciamento dos serviços de enfermagem; responsividade e ACCR
4	HU – Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Enfermeiro e mestre	Avaliação da qualidade; responsividade
5	Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana	Enfermeiro e mestre	Responsividade
6	Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP)	Enfermeiro e mestre	ACCR (dissertação)
7	Hospital e Maternidade do Buenos Aires, Teresina/Piauí	Enfermeira e mestre	ACCR (dissertação)
8	Hospital Universitário UFSC	Enfermeira e mestre	ACCR (dissertação e assistência)

Fonte: dados desta pesquisa, 2015.

Sobre a validação de conteúdo por um comitê de especialistas, autores apontam que há controvérsias na literatura em relação ao número e à qualificação dos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Lynn, autor de referência sobre o tema, em 1986 já sinalizou a arbitrariedade existente na determinação do número de *experts* necessários à validade de conteúdo. Segundo ele, um mínimo de três peritos deve ser utilizado, mas um número maior ou igual a cinco proporciona um nível suficiente de controle do acordo (concordância) ao acaso. Recomenda-se o máximo de dez juízes, entretanto a decisão em relação a esse quantitativo deve considerar a formação, a qualificação, a acessibilidade aos profissionais e sua disponibilidade (LYNN, 1986). Em um estudo publicado em 2010, Lynn utilizou oito especialistas para validar o conteúdo de um instrumento em desenvolvimento (ZOMORODI; LYNN, 2010).

O segundo grupo de participantes do estudo envolveu 10 usuários da UPA. A inclusão do público alvo na avaliação do instrumento permite a identificação de conteúdo de difícil compreensão ou de palavras que não contemplem o entendimento por parte do público (PASQUALI, 2010).

O número de participantes e as suas características seguiu o proposto na literatura (GIL, 2010; SOUZA et al., 2005), haja vista que esta avaliação foi desenvolvida na UPA, incluindo o mínimo de usuários com as mesmas características do público alvo que respondeu o instrumento no segundo estudo desta tese.

Segundo Gil (2010), o número pode ser bastante restrito, entre 10 e 20, independentemente da quantidade de participantes que constituirão a amostra do estudo. Alguns autores apesar de não especificarem quantos sujeitos são necessários, apontam que deve ser realizado com uma amostra pequena (POLIT; BECK, 2011; MARCONI; LAKATOS, 2012). Appolinário (2006) propõe que sejam selecionados de três a cinco sujeitos que não participarão da coleta real de dados. Um pré-requisito importante é garantir que os participantes tenham as mesmas características do público-alvo da pesquisa (GIL, 2010; SOUZA et al., 2005). Assim, a escolha dos usuários foi aleatória, considerando-se os critérios de elegibilidade.

4.3.1.1.2 Critérios de inclusão dos usuários

Usuários com idade ≥ 18 anos, admitidos na UPA e que foram atendidos: pela equipe da recepção; pelo enfermeiro, na classificação de risco; pelo médico, em consulta; e pela equipe técnica de enfermagem, na administração de medicamentos.

4.3.1.1.3 Critérios de exclusão dos usuários

Excluiu-se os usuários impossibilitados de responder ao instrumento devido às condições físicas e/ou mentais prejudicadas.

4.3.1.2 Instrumento

4.3.1.2.1 Elaboração do instrumento

O instrumento foi elaborado com base naqueles propostos por Gonçalves (2012) (Anexo 1), e pela OMS (SILVA; VALENTINE, 2000) (Anexo 2). O instrumento de Gonçalves (2012) foi construído para avaliar o ACCR em serviços hospitalares de urgência e emergência de uma capital do nordeste brasileiro, enquanto o da OMS (SILVA; VALENTINE, 2000) se propôs a avaliar a responsividade dos sistemas de saúde. Cabe registrar que foi solicitada e autorizada por *e-mail* (Apêndice 1) a utilização do instrumento de Gonçalves para embasar a elaboração do instrumento deste estudo.

Dos oito domínios propostos pela OMS para avaliar a responsividade, seis deles constituíam o instrumento de Gonçalves (2012): dignidade; confidencialidade; comunicação; agilidade; suporte social; e, instalações. O instrumento apresentado para o presente estudo manteve os domínios do instrumento de Gonçalves, optando-se por não incluir os domínios escolha do prestador de cuidados/instituição e autonomia, propostos pela OMS, pois se entende que eles não se adequam à realidade do Sistema Único de Saúde, em especial ao contexto da atenção às urgências, onde as limitações impostas ao usuário para a escolha do serviço público de saúde e do profissional estão presentes, bem como aquelas relacionadas ao seu poder de decisão sobre as alternativas de exames e tratamentos.

No contexto brasileiro estudo sobre a responsividade evidenciou que os profissionais têm dificuldade de respeitar a autonomia dos usuários e que a possibilidade de escolha do profissional na realidade da Atenção Básica à Saúde do país, embora muito importante, ainda não é possível (SHIMIZU et al., 2016), o que corrobora a dificuldade de implementação dos domínios autonomia e escolha na avaliação da responsividade dos serviços de saúde no âmbito nacional, e justifica a exclusão destes no instrumento ora elaborado.

Os itens/questões que compõem os domínios do instrumento de Gonçalves (2012) foram adequados para esta pesquisa em relação à linguagem, formato e conteúdo, com base na proposta da OMS (SILVA; VALENTINE, 2000). No domínio Suporte Social, por exemplo, o instrumento de Gonçalves questiona se o problema do usuário foi encaminhado para resolução em outro setor, como do serviço social. Ao

adequar o referido domínio para o instrumento deste estudo, pergunta-se então se o usuário teve a oportunidade de receber o apoio de familiares e/ou amigos durante o seu atendimento na UPA. O instrumento de Gonçalves foi reduzido de 42 questões/itens para 26, apresentados no presente estudo.

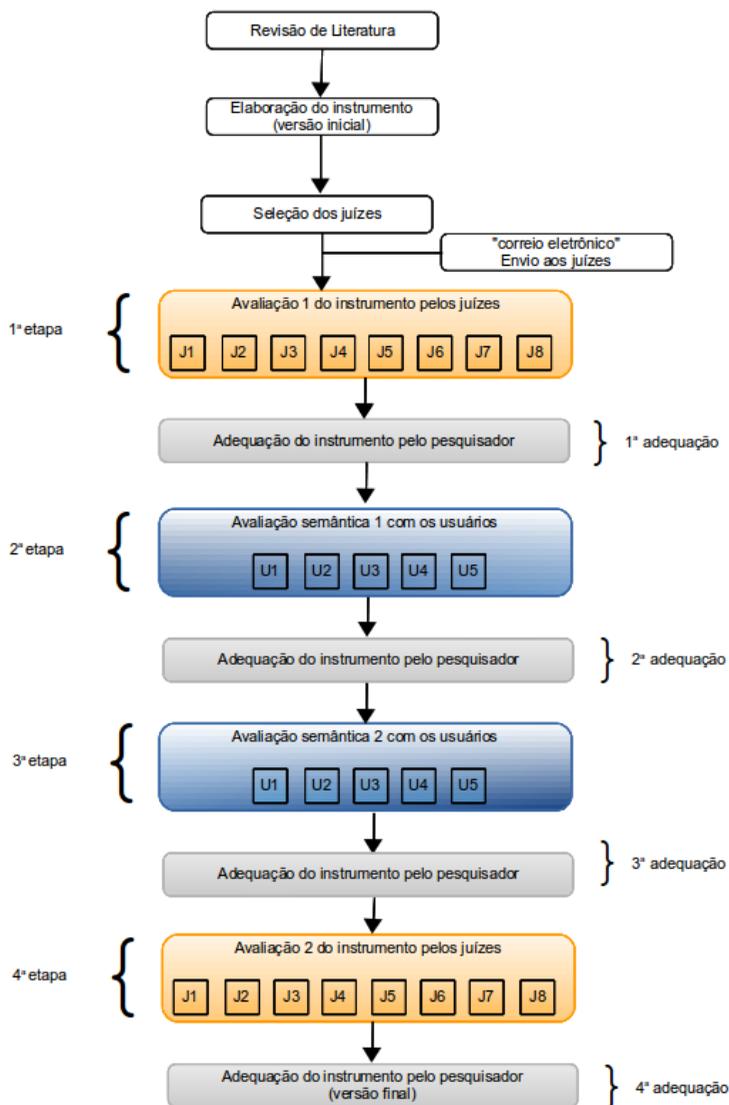
Quanto à escala do instrumento, adotou-se a mesma proposta pela OMS (SILVA; VALENTINE, 2000), ou seja, uma escala Likert de quatro pontos, com respostas que se diferenciam de acordo com os domínios da responsividade.

Desse modo, o instrumento proposto (Apêndice 2) apresenta seis domínios com 26 itens (Dignidade – itens 1 a 5; Confidencialidade – item 6; Comunicação – itens 7 a 11; Agilidade – itens 12 a 15; Suporte social – itens 16 e 17; Instalações – itens 18 a 26), os quais são avaliados por uma escala Likert, cujas respostas variam conforme os domínios, sendo que para a dignidade, confidencialidade, agilidade e suporte social as opções de resposta são nunca (1), raramente (2), quase sempre (3) e sempre (4) e, para a comunicação e instalações, muito ruim (1), ruim (2), bom (3) e muito bom (4).

4.3.1.2.2 Validação do instrumento

Este momento do estudo envolveu quatro etapas: a primeira e a quarta se referem à avaliação dos juízes; e a segunda e a terceira, à avaliação com os usuários da UPA (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma das etapas de elaboração e validação do instrumento de avaliação da responsividade do ACCR para UPAs. Florianópolis, 2015.



Fonte: elaboração da pesquisadora, 2015.

4.3.1.2.2.1 *Primeira etapa: Avaliação 1 do instrumento pelos juízes*

Uma vez elaborado o instrumento passou pelo processo de validação, com vistas à sua aplicação em estudo posterior. A validade é um critério de qualidade importante na avaliação de um instrumento quantitativo e indica em que grau o instrumento mede aquilo que se propõe a medir. Está relacionada a uma série de aspectos, destacando-se aqueles que a configuram como: validade aparente; de conteúdo; de critério; e, de construto (POLIT; BECK, 2011).

Os pesquisadores em enfermagem estudam construtos complexos para os quais são necessários instrumentos válidos e confiáveis. Quando um instrumento é elaborado requer testes psicométricos e o primeiro passo é realizar a validade de conteúdo (ZAMANZADEH et al., 2014).

Neste estudo se realizou a validação de conteúdo, uma vez que esta aponta em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens capaz de medir o construto específico e cobrir adequadamente o seu domínio (POLIT; BECK, 2011) sem conter elementos que possam ser atribuídos a outros objetos. Esse tipo de validade pressupõe um julgamento do instrumento por diversos examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e a relevância dos objetivos a medir (RAYMUNDO, 2009).

Para a apreciação do instrumento pelos juízes foi elaborado um formulário de avaliação (Apêndice 3), constituído pelos domínios e questões do instrumento e pelos respectivos critérios de julgamento mencionados na literatura (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009; COSTA et al., 2014): exequibilidade; objetividade; simplicidade; clareza; pertinência; e, precisão.

Todas as questões e domínios foram avaliados de forma independente. O instrumento como um todo também foi avaliado pelos juízes em relação à responsividade do ACCR na UPA, empregando-se os mesmos critérios e escala psicométrica: I – Exequibilidade: (1) não exequível, (2) incapaz de ser exequível sem revisão, (3) exequível, mas precisa de alteração mínima, (4) exequível; II- Objetividade: (1) sem objetividade, (2) incapaz de ter objetividade sem revisão, (3) tem objetividade, mas precisa de alteração mínima, (4) tem objetividade; III – Simplicidade: (1) não tem simplicidade, (2) incapaz de ter simplicidade sem revisão, (3) tem simplicidade, mas precisa de alteração

mínima, (4) tem simplicidade; IV – Clareza: (1) não tem clareza; (2) incapaz de ter clareza sem revisão, (3) tem clareza, mas precisa de alteração mínima, (4) tem clareza; V – Pertinência: (1) não tem pertinência; (2) incapaz de ter pertinência sem revisão, (3) tem pertinência, mas precisa de alteração mínima, (4) tem pertinência; e, VI – Precisão: (1) sem precisão; (2) incapaz de ter precisão sem revisão; (3) tem precisão, mas precisa de alteração mínima; e, (4) tem precisão.

No processo de avaliação do instrumento, para que os juízes tivessem a mesma compreensão sobre os critérios de julgamento, estes foram definidos de acordo com a literatura (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009):

- Exequibilidade – a medida é aplicável;
- Objetividade – resposta pontual;
- Simplicidade – única ideia, sem outras interpretações;
- Clareza – inteligível, com expressões simples e inequívoca;
- Pertinência – não insinua atributo diferente do definido; e,
- Precisão – cada questão é distinta das demais e mede o que se propõe medir.

O formulário de avaliação dos juízes (Apêndice 3), na sua parte final, possui espaços abertos que possibilitaram registrar: questões necessárias e ausentes no instrumento; questões desnecessárias; e, comentários e/ou sugestões.

4.3.1.2.2.2 *Segunda etapa: Avaliação semântica 1 com os usuários*

O instrumento avaliado pelos juízes sofreu adequações e, com nova configuração (Apêndice 4) seguiu para a avaliação semântica junto aos usuários da UPA em investigação, a fim de analisar a aplicabilidade do mesmo e a necessidade de ajustes. A relevância dessa avaliação está relacionada à possibilidade de melhorar questões, formatos e escalas (CRESWELL, 2007), bem como de determinar se o instrumento é útil e capaz de produzir as informações desejadas (SOUZA et al., 2005; POLIT; BECK, 2011).

Os aspectos mais relevantes a serem considerados nesse tipo de avaliação são: clareza e precisão dos termos; quantidade de perguntas; forma e ordem das perguntas; e, introdução ou explicação. Destaca-se que a análise das indagações, inquietações e resistências dos participantes permite selecionar a melhor estratégia de introdução a ser empregada na aplicação do instrumento (GIL, 2010).

A aplicação do instrumento com cinco usuários (metade da amostra) evidenciou a necessidade de novos ajustes, o que originou uma outra versão do instrumento (Apêndice 5).

4.3.1.2.2.3 *Terceira etapa: Avaliação semântica 2 com os usuários*

A versão do instrumento resultante da etapa anterior seguiu para aplicação com outros cinco usuários da UPA, completando a avaliação semântica. Esta etapa também apontou novas demandas de alterações, as quais foram realizadas e geraram a nova versão do instrumento (Apêndice 6).

4.3.1.2.2.4 *Quarta etapa: Avaliação 2 do instrumento pelos juízes*

A partir de um formulário específico (Apêndice 7), elaborado pela pesquisadora para esta etapa do processo de validação, o instrumento (Apêndice 6) foi avaliado novamente pelos juízes, o que permitiu novas adequações e resultou na versão final do mesmo (Apêndice 8). Essa rodada de avaliação foi necessária porque questões inseridas no instrumento, nas etapas anteriores do processo de validação, precisavam ser avaliadas para se conhecer a validade das mesmas.

4.3.1.3 Coleta de dados

Para coletar dados, o pesquisador precisa tomar decisões sobre os métodos e os procedimentos que serão empregados, pois isso afeta a qualidade das informações e, conseqüentemente, do estudo como um todo. Nesse sentido, cabe decidir, por exemplo, quem vai coletar os dados, como este(s) será(ão) treinado(s) e quais serão as circunstâncias da coleta (POLIT; BECK, 2011).

A coleta dos dados, realizada no período de março a outubro de 2015, envolveu as três etapas de avaliação do instrumento. Na *primeira etapa* do processo de avaliação foram encaminhados aos juízes por *e-mail*: carta de solicitação da apreciação do instrumento com as orientações sobre o objetivo do estudo e critérios de julgamento com suas definições (Apêndice 9); o instrumento de avaliação do ACCR pelos usuários (Apêndice 2) e o formulário para a avaliação deste (Apêndice 3). A pesquisadora solicitou aos juízes a devolução, via *e-mail*, da avaliação do instrumento no prazo de quinze dias para realizar as adequações necessárias. A partir das avaliações, procedeu-se as alterações necessárias e o instrumento seguiu para a próxima etapa de avaliação.

Na *segunda etapa* (avaliação semântica) a coleta de dados foi realizada na UPA, durante dois dias, no período vespertino, pela própria

pesquisadora, a qual convidou os usuários, que ali estavam sendo atendidos, a participar do estudo, considerando os critérios de elegibilidade. Ao preencher o instrumento (Apêndice 4) a pesquisadora registrou também as dificuldades e as dúvidas dos usuários em relação às questões. Terminado o primeiro dia de coleta, com cinco instrumentos preenchidos, percebeu-se a necessidade de novas adequações antes de seguir nesta etapa de avaliação. Assim, foram realizadas as alterações e, retornado à UPA, concluindo-se a coleta após a aplicação de mais cinco instrumentos (Apêndice 5). Novamente os registros durante o preenchimento dos instrumentos permitiram alterações quanto à semântica, as quais foram realizadas para iniciar a última avaliação.

Na *terceira etapa* do processo de avaliação foi enviado novo convite por *e-mail* aos oito juízes para avaliarem pela segunda vez o instrumento. Anexo ao e-mail foram encaminhados: uma carta lembrando o objetivo do estudo, os procedimentos de análise dos juízes e do pesquisador; o instrumento de avaliação da responsividade do ACCR pelos usuários (Apêndice 6); e, o formulário para a avaliação deste (Apêndice 7). Solicitou-se aos juízes que devolvessem a avaliação no prazo de 15 dias, via *e-mail*. Todos os juízes realizaram a avaliação e essa etapa permitiu delinear as últimas alterações no instrumento.

4.3.1.4 Análise dos dados

A análise dos dados precisa levar em consideração o tipo de dado que foi levantado. Assim, segundo Polit e Beck (2011) os dados quantitativos exigem análise sistemática para que possam ser identificados padrões e tendências. Nesse sentido, os procedimentos estatísticos possibilitam ao pesquisador organizar, interpretar e transmitir informações numéricas.

Neste estudo, os dados referentes ao julgamento do instrumento pelos juízes foram digitados e analisados no *Software Epi Info* versão 3.5.2. Para analisar os dados, utilizou-se o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), calculado primeiramente para cada item individualmente, e depois, para o instrumento como um todo, como recomenda Lynn (1986). Segundo o autor, esse índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância em relação a aspectos específicos do instrumento e de seus itens.

O IVC de cada item foi calculado a partir da soma da pontuação 3 ou 4, atribuída pelos juízes na avaliação do item, sendo o valor resultante dividido pela pontuação máxima possível para o item. Os

itens avaliados com pontuação 1 ou 2 foram eliminados ou revisados, como sugerido por Lynn (1986). O IVC do instrumento como um todo corresponde à soma de todos os índices calculados separadamente para cada item e o valor resultante, dividido pelo número de itens avaliados no instrumento (POLIT; BECK, 2006). Como critério de aceitação (validade) do IVC se adotaram dois valores de referência: uma concordância $\geq 0,78$ na avaliação de cada item, conforme recomenda Lynn (1986) para um mínimo de sete juízes; e, uma concordância $\geq 0,90$ na avaliação do instrumento como um todo (POLIT; BECK, 2006).

4.3.2 Estudo Correlacional

Refere-se ao segundo objetivo da tese: avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários em uma Unidade de Pronto Atendimento.

4.3.2.1 População e Amostra

Participaram deste estudo os usuários da UPA de Biguaçu. Para evitar viés de seleção dos participantes, que pode ocorrer por flutuações sazonais, o tamanho da amostra foi calculado se considerando como população o número de atendimentos realizados na Unidade no período de um ano (1 de fevereiro de 2014 a 31 de janeiro de 2015), que corresponde a 80.016 atendimentos.

Para o cálculo amostral foi utilizado o *SEstatNet*[®] 1999-2013, sendo adotado intervalo de confiança (IC) de 95%, precisão da estimativa de $50 \pm 5\%$ e perda amostral de 20%. Dessa forma, constituiu a amostra um total de 459 usuários atendidos pelo ACCR na UPA.

4.3.2.1.1 Critérios de inclusão

Foram adotados os mesmos critérios para a avaliação semântica do instrumento, ou seja: usuários com idade ≥ 18 anos, admitidos na UPA e que foram atendidos: pela equipe da recepção; pelo enfermeiro, na classificação de risco; pelo médico, na consulta; e também pela equipe técnica de enfermagem, na administração de medicamentos.

4.3.2.1.2 Critérios de exclusão

Assim como na fase de avaliação semântica do instrumento, foram excluídos os usuários com condições físicas e/ou mentais prejudicadas, as quais impossibilitariam a coleta dos dados.

Empregou-se a amostragem não probabilística, do tipo por conveniência. Segundo Polit e Beck (2011) a amostragem por conveniência se reporta à inclusão das pessoas mais convenientemente disponíveis para participar da pesquisa.

4.3.2.2 Instrumento

Para coletar os dados utilizou-se o questionário de avaliação da responsividade do ACCR na UPA (Apêndice 6), elaborado com base nos instrumentos de Gonçalves (2012) e da OMS (SILVA; VALENTINE, 2000) e validado no estudo metodológico desta tese. Embora o processo de validação do instrumento tenha compreendido quatro etapas, optou-se por aplicar no presente estudo a versão originada das três primeiras etapas, uma vez que após a primeira delas o instrumento já havia sido validado pelos juízes, e na segunda e terceira etapas o mesmo foi aprimorado com relevantes contribuições da avaliação semântica realizada com os usuários.

O questionário elaborado e validado é constituído de duas partes: I – identificação do usuário; e, II – avaliação da responsividade do ACCR. A primeira parte é constituída pelas variáveis: data de nascimento; idade; sexo; raça/cor; estado civil; grau de escolaridade; procedência; e, pergunta ainda se o usuário está sendo atendido pelo ACCR na UPA pela primeira vez. A segunda parte é composta por cinco domínios e 40 questões. Cada domínio possui um número específico de questões: dignidade (questões 1 a 7); comunicação (questões 8 a 16); agilidade (questões 17 a 20); suporte social (questões 21 a 23); e, instalações (questões 24 a 40).

Esses domínios, classificados nas dimensões *respeito pelas pessoas* (dignidade e comunicação) e *orientação para o cliente* (agilidade, suporte social e instalações) (WHO, 2000), são definidos como:

- *Dignidade* – refere-se ao paciente ser bem recebido e tratado com respeito e consideração no serviço de saúde. Deve ser garantido o respeito à privacidade do usuário durante o atendimento;
- *Comunicação* – o serviço deve garantir sinalização adequada sobre os setores tanto por meio de pessoal como de placas; inclui canais para ouvidoria dos usuários e a facilidade para conseguir informações sobre documentação, procedimentos, exames, entre outros;
- *Agilidade* – os usuários devem conseguir cuidados rápidos em emergências e o tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto;
- *Instalações* – meio no qual é oferecido o cuidado de saúde. Deve ser limpo e oferecer conforto aos pacientes (ANDRADE; VAITSMAN; FARIA, 2010); e,

- *Suporte social* – acesso do usuário a sua rede de suporte social (família e amigos) durante o cuidado prestado pelo serviço de saúde (WHO, 2000).

Os domínios são avaliados a partir de uma escala Likert, sendo atribuído para cada questão um dos valores padronizados no formato de uma escala ordinal, de acordo com o Quadro 3. Além disso, um espaço abaixo de cada domínio permitiu o registro de uma nota de 0 a 10, expressa pelo usuário, a qual quantifica a sua satisfação ou insatisfação em relação a cada domínio.

Quadro 3 – Dimensões e domínios de avaliação da responsividade do ACCR e respectiva escala.

Dimensão <i>Respeito pelas pessoas</i>					
Domínios	Escala				
Dignidade	1 – nunca	2 – raramente	3 – quase sempre	4 – sempre	5 – não se aplica
Comunicação	1 – muito ruim	2 – ruim	3 – boa	4 – muito boa	
Dimensão <i>Orientação para o cliente</i>					
Domínio	Escala				
Agilidade	1 – nunca	2 – raramente	3 – quase sempre	4 – sempre	
Suporte Social	1 – nunca	2 – raramente	3 – quase sempre	4 – sempre	5 – não se aplica
Instalações	1 – muito ruim	2 – ruim	3 – boa	4 – muito boa	5 – não se aplica

Fonte: elaboração da pesquisadora, 2016, com base na escala da OMS.

4.3.2.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 30 de junho de 2015 a 10 de agosto de 2016, em diferentes dias úteis da semana e turnos (manhã/tarde/noite), a partir do instrumento validado (Apêndice 6). As entrevistas com os usuários foram realizadas pela pesquisadora, por três

discentes de graduação em enfermagem (bolsistas do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica – PIBIC) e por uma doutoranda em enfermagem, membros do Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS), treinadas pela pesquisadora e acompanhadas pela mesma durante as primeiras coletas junto aos usuários, a fim de garantir padronização nos procedimentos de investigação.

Segundo Deslandes (2005) o pesquisador que antes era solitário, foi substituído nas investigações atuais pelas equipes de profissionais que atuam conjuntamente, com evidente divisão do trabalho investigativo. Assim, dentre as etapas de preparação da pesquisa está a seleção e a capacitação de uma equipe para o trabalho de campo.

4.3.2.4 Análise dos dados

Os dados foram sistematizados e analisados em um banco de dados no *Software Epi Info* versão 3.5.2, por meio da estatística descritiva, empregando-se as frequências absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão.

As respostas das questões e respectivos domínios também foram dicotomizadas em “fraca responsividade” (*poor responsiveness*) e “boa responsividade” (*good responsiveness*), classificação apresentada no estudo de avaliação da responsividade da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), e já aplicada em outras pesquisas (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013; KARAMI-TANHA et al., 2014; LIMA et al., 2014; MOHAMMADI; KOOROSH, 2014; SAJJADI et al., 2015; FOROUZAN et al., 2016).

Adotou-se que a “fraca responsividade” de cada questão corresponde ao percentual de usuários que atribuíram às respostas: nunca (1) e raramente (2); ou, muito ruim (1) e ruim (2). A “boa responsividade” representa o percentual de respostas: quase sempre (3) e sempre (4); ou, boa (3) e muito boa (4). A resposta “não se aplica” (5) foi desconsiderada nos cálculos por não expressar a opinião do usuário sobre a responsividade do serviço.

Quanto à responsividade de cada domínio, trata-se da média dos percentuais das respectivas questões. Para obter essa média foram somados, por domínio, os percentuais referentes às questões de cada grupo (boa ou fraca responsividade) e o resultado dividido pelo número total de questões do domínio. Assim, obteve-se para cada grupo os

domínios com os melhores e piores desempenhos (*performances*) de responsividade.

Por último, foi analisada a correlação entre as variáveis de responsividade (fraca e boa responsividade) e do perfil sociodemográfico: sexo (masculino e feminino); faixa etária (<60 e ≥60 anos); escolaridade (<12 anos de estudo e nível de educação superior); estado civil (com companheiro e sem companheiro); e, número de atendimento na UPA (primeiro atendimento ou não). Para tanto, empregou-se o teste Qui-quadrado (χ^2), sendo considerado significativo $p < 0,05$. Os cálculos foram realizados no OpenEpi versão 3.01 (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2013).

4.3.3 Estudo Descritivo

Está relacionado ao terceiro objetivo da tese, ou seja, busca avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva do gestor e profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento.

4.3.3.1 População e Amostra

Constituiu a população do estudo o gestor da UPA, bem como os 11 enfermeiros e os 29 médicos que trabalhavam na UPA no período da coleta de dados, totalizando 41 profissionais, porém três deles se recusaram a participar. Assim, a amostra envolveu 38 participantes, sendo um gestor, 11 enfermeiros e 26 médicos.

4.3.3.1.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os profissionais enfermeiros e médicos, além do gestor da UPA, independente do tipo de vínculo empregatício, com no mínimo três meses de atuação na instituição, tempo considerado necessário para o profissional ter uma vivência no ACCR e conhecer a organização da instituição.

A escolha dos profissionais enfermeiro e médico se relaciona ao envolvimento direto destes no ACCR nas instituições, aspecto que encontra respaldo na PNAU (BRASIL, 2006) e na Resolução n. 423/2012 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

4.3.3.1.2 Critérios de exclusão

Profissionais em férias, licença ou afastamento no período da coleta de dados.

4.3.3.2 Instrumento

Foi aplicado o questionário validado “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco” (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b), adaptado para a UPA (Anexo 1). Para

utilizar o questionário neste estudo, foi solicitada e concedida, por *e-mail*, a autorização dos autores (Apêndice 10).

Entende-se o questionário como um instrumento utilizado nas pesquisas para coletar dados a partir de um conjunto de questões, cujas respostas podem ser preenchidas pelo próprio entrevistado ou pelo pesquisador (DYNIEWICZ, 2009). Pressupõe hipóteses e questões bastante fechadas que têm como ponto de partida as referências do pesquisador (MINAYO, 2013).

O instrumento, elaborado com base nas concepções donabedianas de avaliação de serviços de saúde, é constituído pelas partes: I – dados sociodemográficos dos participantes; e, II – dimensões da tríade de avaliação – estrutura, processo e resultados. Essas dimensões são compostas por 21 itens, mensurados por uma escala Likert com pontuação numérica de 1 a 5, que indica o nível de concordância ou de discordância das declarações. O número 5 representa concordância máxima (Concordo totalmente) e o 1, concordância mínima (Discordo totalmente). Explica-se que o número 3 da escala é considerado como “indiferente” ou “sem opinião”, o qual também é atribuído para as opções de resposta em branco. Dentre os 21 itens do instrumento, 12 têm sentido positivo e nove, negativo, sendo que os itens de 1 a 7 avaliam a dimensão Estrutura, de 8 a 14 a dimensão Processo e, de 15 a 21, a dimensão Resultado, conforme o Quadro 4 (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

Quadro 4 - Descrição geral das variáveis de cada dimensão do instrumento de avaliação do ACCR.

Estrutura	Processo	Resultados
1. A estrutura física para o ACCR promove conforto ao usuário e acompanhante	8. Os pacientes não graves passam pelo ACCR	15. Ordem do atendimento conforme a gravidade
2. O ACCR torna o ambiente mais acolhedor e humano	9. Atendimento que o usuário se sinta seguro e confortável	16. Informação do tempo de espera pelo atendimento
3. Ocorrem reuniões e treinamentos periódicos	10. As condutas do ACCR são conhecidas por todos trabalhadores	17. Assistência integrada às necessidades dos usuários
4. O espaço físico	11. As lideranças	18. Priorização dos

proporciona privacidade ao usuário	discutem de forma democrática as mudanças no ACCR	pacientes graves para o atendimento
5. O espaço físico é acolher ao acompanhante	12. O fluxograma do ACCR é discutido e avaliado periodicamente	19. Encaminhamento de baixa complexidade à rede básica de saúde
6. A sinalização do ambiente é clara para o usuário	13. Assistência de forma acolhedora e resolutive	20. Humanização do atendimento
7. Os trabalhadores se comunicam frequentemente	14. Os usuários que aguardam pelo atendimento são reavaliados	21. Satisfação dos profissionais com o ACCR

Fonte: Belluci Júnior e Matsuda (2012b).

Por se tratar de uma escala que avalia de forma geral a Estrutura, o Processo e o Resultado de um Serviço de Emergência que adota a diretriz ACCR, o instrumento pode ser aplicado à equipe multiprofissional e não apenas à Enfermagem (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

4.3.3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de julho a novembro 2015. Primeiramente a pesquisadora solicitou à direção cópia das escalas dos plantões dos enfermeiros e médicos e a partir daí começou a visitar os mesmos para conversar sobre a proposta do estudo. Em geral, na mesma ocasião da visita, os profissionais já se dispuseram a realizar a avaliação, o que ocorreu em local privativo da própria instituição. Nesse momento a pesquisadora forneceu as orientações necessárias à avaliação do ACCR e distribuiu o instrumento de coleta de dados (Anexo 3) para preenchimento pelo próprio participante, e se colocou a disposição para esclarecer qualquer dúvida. Logo após terem concluído, os participantes devolveram o instrumento.

4.3.3.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e analisados no *Software Epi Info* versão 3.5.2., sendo utilizada a estatística descritiva (frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão) na análise do perfil dos participantes. Na avaliação do ACCR a análise foi realizada pelo cálculo do *Ranking* médio (RM) para os itens avaliados.

Para se obter a pontuação dos 21 itens do instrumento pelo cálculo do RM, em primeiro lugar foram invertidos (positivados) os valores dos nove itens (itens 3, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 19 e 20) descritos negativamente. Na sequência, para cada item foi multiplicada a frequência das respostas pelo respectivo valor da escala Likert e somados os resultados obtidos. O valor resultante foi dividido pelo número total de respostas do item, o que corresponde ao RM deste. Os valores do RM mais próximos a 5 pontos representam maior nível de satisfação dos profissionais e, aqueles mais próximos a 1, menor nível de satisfação (INOUE et al., 2015a).

Para cada dimensão (Estrutura, Processo e Resultado) foi calculada a Pontuação Média (PM) a partir da somatória do RM dos respectivos itens. A PM corresponde à representatividade da dimensão (INOUE et al., 2015a) podendo ser classificada em ótima, satisfatória, precária ou insuficiente. A PM mínima possível é sete e a máxima 35, com amplitude total de 28 pontos, conforme a padronização dos escores (0 a 100%) (Tabela 3) (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

Tabela 3 – Escores para pontuação das dimensões de avaliação (Estrutura, Processo e Resultado) do ACCR.

Pontuação média	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Avaliação da Dimensão
31,5 a 35,0	3,5	90 a 100,0%	Ótima
26,2 a 31,4	5,4	75 a 89,9%	Satisfatória
17,5 a 26,1	8,6	50 a 74,9%	Precária
7 a 17,4	10,4	0 a 49,9%	Insuficiente

Fonte: Belluci Júnior; Matsuda (2012b).

Desse modo, a partir do RM de cada item foi possível avaliar o nível de satisfação dos profissionais com o respectivo item, enquanto a PM de cada dimensão possibilitou evidenciar a representatividade destas.

4.4 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUALITATIVA

4.4.1 Estudo Descritivo

Refere-se ao quarto objetivo da tese que visa descrever as facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento.

4.4.1.1 População e Amostra

Atuavam na UPA 10 enfermeiros e 24 médicos quando este estudo foi desenvolvido. Destes, sete enfermeiros e 23 médicos participaram do estudo, totalizando 30 profissionais.

Para resgatar as ideias socialmente compartilhadas e conhecer o *quanto* elas se repetem entre os participantes do estudo (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2012), todos os profissionais (enfermeiros e médicos) que atuavam na UPA, na ocasião da coleta de dados, bem como o gestor do serviço foram convidados a participar, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão.

4.4.1.1.1 Critérios de inclusão

Enfermeiros e médicos da UPA, independente do tipo de vínculo empregatício, com no mínimo três meses de atuação na instituição, tempo considerado necessário para conhecer a sua organização.

4.4.1.1.2 Critérios de exclusão

Gestor e profissionais (enfermeiros e médicos) em férias, licença ou afastamento na ocasião da coleta de dados. Os enfermeiros que atuavam apenas na classificação de risco também foram excluídos, pois se entende que estes não conhecem em profundidade a participação da UPA no sistema de referência e contrarreferência, logo, não seriam bons informantes à pesquisa. No total foram excluídos quatro profissionais, um por afastamento, um por recusa, dois por atuarem apenas na classificação de risco, além do gestor, por motivo de férias e licença.

4.4.1.2 Instrumento

Foi elaborado pela pesquisadora um roteiro (Apêndice 11) que contempla: os dados de identificação da UPA e do entrevistado; uma breve contextualização acerca do tema foco da entrevista, que visa imergir os participantes na proposta investigada; e, duas questões norteadoras sobre o sistema de referência e contrarreferência na UPA. Segundo Minayo (2013), o roteiro visa a compreender o ponto de vista dos entrevistados e contém poucas questões.

4.4.1.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 8 de novembro de 2015 a 21 de fevereiro de 2016, por meio de entrevista individual semiestruturada guiada pelo roteiro. A entrevista é entendida como uma conversa entre dois ou vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador e que objetiva produzir informações pertinentes para um

objeto de pesquisa. A modalidade semiestruturada obedece a um roteiro que por ter uma sequência das questões, facilita a abordagem e garante ao pesquisador que suas hipóteses e seus pressupostos sejam abordados na conversa (MINAYO, 2013).

Os participantes da entrevista foram convidados pessoalmente pela pesquisadora, após a realização do estudo anterior, já havendo então entre ambos, pesquisador e entrevistado, certa familiaridade. Na ocasião do convite foi informado o objetivo da pesquisa, as possíveis contribuições do estudo para a população usuária do serviço, para o profissional e para a instituição, além da garantia do anonimato e do sigilo sobre os dados, como recomenda Minayo (2013).

As entrevistas ocorreram em local de comum acordo com os participantes, em geral nos próprios consultórios, com as portas e janelas fechadas, para evitar ruídos e assegurar a qualidade do áudio, uma vez que todas seriam gravadas para posterior transcrição. A realização das entrevistas com todos os profissionais que obedeceram aos critérios de elegibilidade delimitou o término da coleta de dados.

4.4.1.4 Análise dos dados

A análise qualitativa dos dados é uma atividade árdua que requer criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho intenso e que tem como propósito organizar, fornecer estrutura e obter significado dos dados (POLIT; BECK, 2011).

À medida que as entrevistas eram concluídas, dava-se início a transcrição na íntegra e ao armazenamento das mesmas em um arquivo do Microsoft Word. Ao término das transcrições os depoimentos foram transferidos para o *Software QualiquantiSoft* do Discurso do Sujeito Coletivo versão 1.3c, utilizado para a organização e processamento dos dados.

Destarte, os dados foram analisados a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre (2012), que utiliza os depoimentos como base para extrair, pela análise do seu conteúdo, os sentidos ou significados neles incorporados. Essa extração de sentido se distingue de outras técnicas sobretudo por utilizar a primeira pessoa do singular para veicular uma opinião coletiva ou socialmente compartilhada.

A técnica consiste em um conjunto de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais, que ao final do processo gera os *depoimentos coletivos*. Cada depoimento coletivo veicula uma determinada opinião ou posicionamento, configurando uma dimensão

qualitativa e outra quantitativa a esse discurso, como resultado de um determinado número de depoimentos individuais, o que atribui certo peso a cada um, equivalente à proporção de indivíduos que aderem à opinião em relação ao total de pesquisados. As operações ou figuras metodológicas que constituem o processo de análise dos dados da técnica do DSC são definidas por Lefèvre e Lefèvre (2012) como:

- **Expressão Chave (ECH)** – trecho ou segmento do discurso, contínuo ou não, selecionado pelo pesquisador por revelar a essência do conteúdo do depoimento; deve ser selecionada com rigor por ser fundamental na constituição do DSC;

- **Idéias Centrais (Ic²)** – nome ou expressão linguística que revela e descreve de maneira sintética e precisa o sentido ou os sentidos das ECH de cada discurso analisado e de cada conjunto homogêneo de ECH; caracteriza o que o entrevistado quis dizer, enquanto as ECH, como isso foi dito; as Ic semelhantes devem ser agrupadas em uma única Ic ou Categoria;

- **Ancoragem (AC)** – é a expressão de uma teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está incorporada a tal discurso como se fosse uma afirmativa qualquer; uma das regras para identificá-la é analisar se está presente no discurso uma afirmação genérica para enquadrar uma situação particular, tais como: “médico que é médico”, “mulher que é mulher”; essa figura metodológica pode estar ausente nos discursos;

- **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito** – reunião de ECH que tem a mesma Ic ou AC em um único discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular; deve ser elaborado para cada uma das Categorias identificadas, dessa forma, para cada pergunta deverá surgir um painel de DSC que representam as opiniões coletivas reveladas sobre o tema da questão na população investigada.

Ressalta-se que os DSC são opiniões individuais que, ao passar pelo crivo analítico do pesquisador se transformam em produtos cientificamente tratados, mas que mantêm as características espontâneas e reconhecíveis como tal, da fala cotidiana (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

Cada DSC veicula uma determinada opinião, a qual representa a dimensão qualitativa do discurso. A dimensão quantitativa deste corresponde ao número ou percentual de depoimentos individuais que contribuíram para a sua construção, a partir das ECH. Essa dimensão

² Não foi adotada a sigla IC empregada pelos autores Lefèvre e Lefèvre (2012), mas Ic, para diferenciar do IC (Intervalo de Confiança) utilizado nesta tese.

permite conhecer o grau de compartilhamento das representações sociais entre a população estudada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Neste estudo, foram empregados na análise dos depoimentos os procedimentos metodológicos qualitativo e quantitativo da técnica do DSC, sendo primeiramente extraídas as ECH de cada um dos depoimentos individuais e definidas as Ic ou categorias relacionadas às mesmas. Uma vez identificadas as ECH de todos os depoimentos, agrupou-se aquelas de mesma Ic para constituir os DSC. Os participantes que contribuíram com ECH para compor os DSC são identificados no final de cada discurso com a letra “E” (entrevistado), seguida do respectivo número de realização das entrevistas (E1, E2, E3,... E30).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados na UPA foi autorizada pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde e iniciada após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Parecer n. 1.048.858, CAEE 43555715.8.0000.0121. O estudo seguiu as recomendações da Resolução n. 466/12 (BRASIL, 2013c), do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e acerca da sua participação na mesma, sendo garantidos o sigilo das informações e seu uso exclusivo para fins científicos. Também se assegurou aos participantes o anonimato e o direito de interromper a sua participação no estudo a qualquer momento sem que isso lhe acarretasse qualquer prejuízo. Os participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a sua participação na pesquisa: juízes (Apêndice 12); gestor/profissional de saúde (Apêndice 13); e, usuários (Apêndice 14).

É conveniente informar que esta pesquisa está contemplada no macroprojeto do Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS), intitulado “*Organização das Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina: com a palavra os gestores, profissionais de saúde e usuários*”. O referido macroprojeto, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), foi aprovado na Chamada Pública 007/2013 - MS-DECIT/CNPq/SES-SC, n. do Termo de Outorga: 2014TR3205, Processo n.: FAPESC3591/2013.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são apresentados na forma de quatro manuscritos, os quais têm por finalidade responder aos objetivos desta tese. Esse formato de apresentação segue o disposto na Instrução Normativa 01/PEN/2016, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

O Manuscrito 1 - Elaboração e validação do instrumento avaliativo da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco, corresponde ao primeiro objetivo da tese: Elaborar e validar um instrumento para avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento.

O Manuscrito 2 - Avaliação da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários em Unidade de Pronto Atendimento, é relacionado ao segundo objetivo: Avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários em uma Unidade de Pronto Atendimento.

O Manuscrito 3 - Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento: estudo avaliativo, se refere ao terceiro objetivo: Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva do gestor e profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento.

O Manuscrito 4 - Unidade de Pronto Atendimento e o sistema de referência e contrarreferência: facilidades e dificuldades, corresponde ao quarto e último objetivo da tese: Descrever as facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento.

5.1 MANUSCRITO 1 - ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO AVALIATIVO DA RESPONSABILIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Elaboração e validação do instrumento avaliativo da responsabilidade do Acolhimento com Classificação de Risco

Patrícia Madalena Vieira Hermida
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Maria Elena Echevarría-Guanilo

RESUMO

Objetivou-se descrever a elaboração e o processo de validade do instrumento que avalia a responsabilidade do Acolhimento com Classificação de Risco para Unidades de Pronto Atendimento. Pesquisa metodológica, de validação de um instrumento elaborado a partir dos modelos de Gonçalves e da Organização Mundial da Saúde, no qual 26 itens se subdividiram em seis domínios: Dignidade; Confidencialidade; Comunicação; Agilidade; Suporte Social; e, Instalações. Foi submetido à validação de conteúdo quanto à exequibilidade, objetividade, clareza, pertinência, precisão e simplicidade, por oito juízes, em duas etapas de avaliação. Para a organização e análise dos dados utilizou-se o *Software Epi Info* e foi empregado o Índice de Validação de Conteúdo. Como resultados foram realizadas adequações em todos os domínios e excluído o domínio Confidencialidade. Na primeira avaliação dos juízes identificou-se melhores Índices de Validação de Conteúdo para os domínios Dignidade, Suporte Social e Instalações, e na segunda avaliação, para Dignidade, Agilidade e Instalações. O instrumento obteve na segunda avaliação dos juízes Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,78$ para os 40 itens avaliados e $\geq 0,90$ para o instrumento como um todo. Conclui-se que o instrumento apresenta alto IVC, mostrando-se válido quanto ao seu conteúdo e critérios avaliados.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Satisfação do paciente. Acolhimento. Estudos de validação.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que prestam atendimento de urgência e emergência, desde sua implantação

em 2008, crescem em todo o território nacional, inclusive porque vêm ganhando incentivos do governo federal para que isso ocorra. No entanto, por se tratar de um serviço implantado recentemente, ainda são escassos os estudos científicos voltados a este nível de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2015a). Assim, avaliar como as UPAs vêm atuando no atendimento à população é um aspecto importante no gerenciamento desses serviços em busca de uma atenção à saúde de qualidade.

Na organização das UPAs se encontra o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto em 2003 pelo Ministério da Saúde brasileiro, vinculado à Política Nacional de Humanização, e que visa a humanização no atendimento à população nas portas de entrada dos serviços de saúde de todo o país. A avaliação do ACCR no cenário hospitalar tem sido realizada pelos profissionais de enfermagem e outros trabalhadores (NASCIMENTO et al., 2011a; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a; VITURI et al., 2013; VERSA et al., 2014; BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015; COSTA et al., 2015; INOUE et al., 2015a; INOUE et al., 2015b), no entanto, aponta-se a necessidade de inclusão de usuários nas pesquisas dessas avaliações (NASCIMENTO et al., 2011a; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a; VITURI et al., 2013).

Para avaliar o ACCR nos serviços de emergência hospitalares foi proposto e validado um instrumento, o qual é específico para ser aplicado aos profissionais da área (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b). Assim, identifica-se a necessidade de um instrumento para a avaliação do ACCR direcionado aos usuários que utilizam as UPAs, considerando que estas constituem serviços pré-hospitalar fixos.

Os instrumentos de medida compreendem a prática clínica, a avaliação em saúde e as pesquisas, mas cabe ressaltar que eles são úteis e capazes de evidenciar resultados cientificamente robustos somente se desenvolvidos adequadamente e apresentarem qualidades psicométricas constatadas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Assim, quando um instrumento é elaborado requer testes psicométricos e o primeiro passo é realizar a validade de conteúdo (ZAMANZADEH et al., 2014).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde mediante inquéritos voltados aos usuários tornou-se uma prática generalizada a partir do final da década de 1980 na Europa e Estados Unidos, enquanto que no Brasil essas pesquisas se tornaram mais comuns na segunda metade da década de 1990. Inicialmente as investigações sobre o atendimento a usuários tinham como abordagem as pesquisas de

satisfação e mais recente, as de responsividade (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

O conceito de responsividade, no processo de avaliação dos serviços em saúde, foi proposto pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) com o objetivo de minimizar a subjetividade das avaliações de satisfação do usuário. Este conceito se refere ao quanto o sistema de saúde se adéqua às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos não médicos do cuidado, ou seja, os elementos não diretamente ligados ao estado de saúde. Em sua operacionalização, o conceito consideraria apenas o que o usuário é capaz de avaliar, excluindo, por exemplo, a competência técnica dos profissionais, e utilizando um formato de pergunta mais dirigido ao que acontece do que e o quanto o usuário está satisfeito (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

A responsividade constitui um conceito operacional utilizado em pesquisas de avaliação que difere do conceito de humanização, mas estes estão relacionados, pois é possível avaliar mediante pesquisas de responsividade se os direitos dos usuários estão sendo respeitados ou se as práticas assistenciais estão seguindo os princípios da humanização. Desse modo, humanização, tal como tem sido aplicada na saúde, é um conceito que se refere a uma concepção de política voltada à garantia dos direitos do usuário, os quais podem ser medidos por meio do conceito operacional de responsividade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Considerando-se a responsividade uma forma de mensurar a qualidade e a humanização da assistência prestada na área da saúde (LIMA et al., 2014), acredita-se que seja coerente utilizar a abordagem da responsividade como paradigma para a avaliação do ACCR pelos usuários.

Embora a responsividade tenha sido concebida pela Organização Mundial da Saúde para avaliar, de uma maneira geral, os sistemas de saúde no mundo, evidencia-se sua aplicação também na avaliação de instituições e serviços de saúde específicos, em estudos desenvolvidos em outros países (HOLLANDA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012a), sendo escassos no cenário brasileiro (MISHIMA et al., 2016). Isso sinaliza a relevância de instrumentos próprios, voltados ao contexto nacional, e validados para a avaliação dos serviços de saúde do país.

Nesse sentido, pesquisas recomendam o desenvolvimento de novos instrumentos e metodologias de avaliação da responsividade dos serviços de saúde, a fim de aumentar a disponibilidade de instrumentos

de medida de qualidade (RODRIGUES et al., 2012a). Estudos dessa natureza são encontrados na literatura internacional e objetivam desenvolver instrumentos de medida válidos e confiáveis para avaliar a responsividade dos serviços de saúde específicos, tais como de saúde mental, do Irã (FOROUZAN et al., 2014), e de saúde perinatal, da Holanda (van der KOOY et al., 2014).

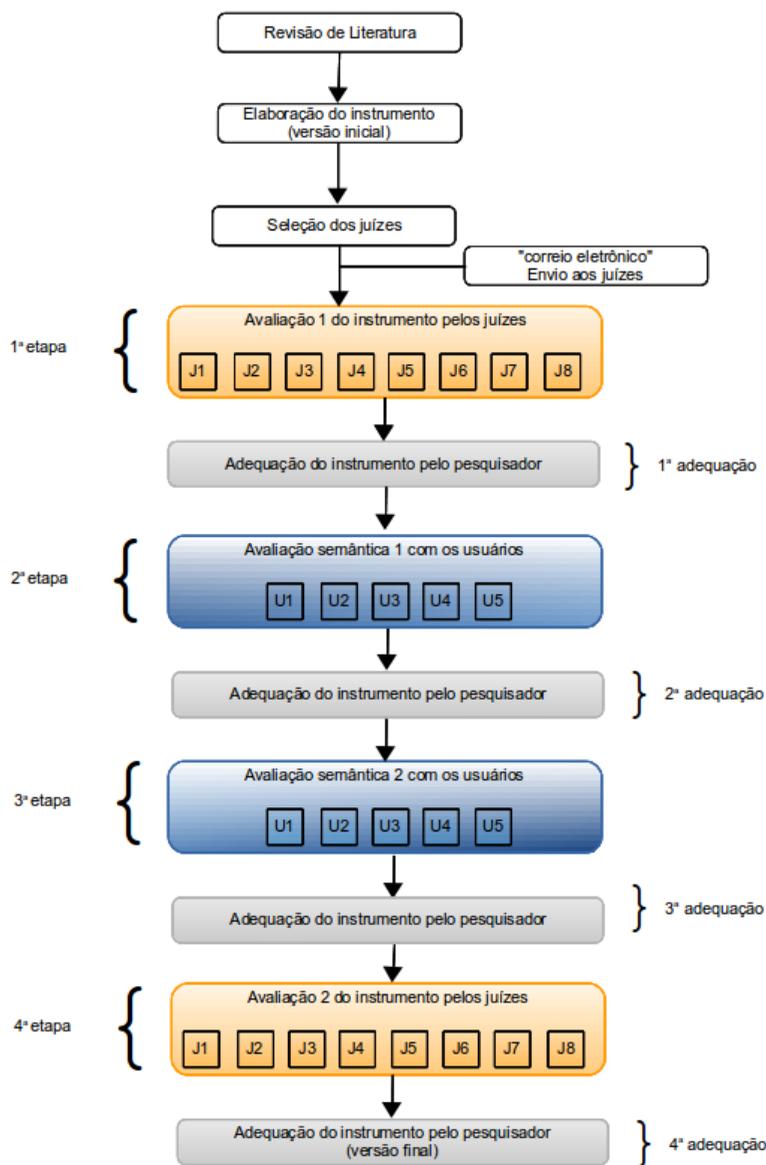
Destaca-se que não foi identificado nas publicações nacionais e internacionais estudo voltado para a avaliação da responsividade dos serviços de saúde de urgência e emergência, desde a proposta lançada pela OMS em 2000. Assim, este estudo inova ao direcionar a elaboração e validação de um instrumento que avalia o ACCR no cenário das UPAs através da ótica dos usuários, utilizando a concepção de responsividade da OMS para a avaliação em saúde.

Diante do exposto, esta pesquisa tem como questão norteadora: *Quais domínios e questões devem constar em um instrumento de avaliação da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco para Unidades de Pronto Atendimento?* O estudo objetivou descrever a elaboração e o processo de validade do instrumento que avalia a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco para Unidades de Pronto Atendimento.

MÉTODOS

Pesquisa metodológica de validação de conteúdo do instrumento avaliativo referente à responsividade do ACCR pelos usuários. O processo de elaboração e de validade do instrumento é apresentado no fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma das etapas de elaboração e validação do instrumento de avaliação da responsividade do ACCR para UPAs. Florianópolis, 2015.



Fonte: elaboração da pesquisadora, 2015.

Inicialmente foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, sem definir o período de publicação dos estudos, no editor *U.S. National Library of Medicine* (PubMed) e nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google acadêmico e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), utilizando-se as palavras-chave “responsividade”, “satisfação do usuário”, “acolhimento com classificação de risco” e “triagem”, nos idiomas português, inglês e espanhol, a fim de identificar um instrumento de avaliação da responsividade para os serviços de emergência ou de pronto atendimento. Como na busca não foi encontrado instrumento contemplando esse objetivo, elaborou-se um próprio para avaliar a responsividade pelos usuários em Unidades de Pronto Atendimento.

Elaboração do instrumento

O instrumento em questão foi elaborado com base em outros dois modelos, um deles elaborado por Gonçalves (2012) em sua dissertação, para avaliar o ACCR em serviços hospitalares de urgência e emergência de uma capital do nordeste brasileiro, e o outro, uma proposta da OMS (SILVA; VALENTINE, 2000) para a avaliação da responsividade dos sistemas de saúde.

A concepção de responsividade da OMS possui duas dimensões: *respeito pelas pessoas* e *orientação para o cliente*. A primeira engloba a questão ética envolvida na interação do usuário com o sistema de saúde, agrupada nos domínios: dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. A segunda dimensão, *orientação para o cliente*, inclui domínios que interferem na satisfação do usuário, mas que não estão ligados diretamente com o cuidado à saúde, sendo eles: agilidade, instalações, suporte social e escolha (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Dos oito domínios propostos pela OMS para avaliar a responsividade, seis deles foram incorporados no modelo de Gonçalves (2012): dignidade; confidencialidade; comunicação; agilidade; suporte social; e, instalações. Optou-se por manter esta mesma configuração no instrumento do presente estudo, sem incluir os domínios escolha do prestador de cuidados/instituição e autonomia, da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Entende-se que esses domínios não se adéquam à realidade do Sistema Único de Saúde, principalmente ao contexto da atenção às urgências, haja vista as limitações impostas ao

usuário na escolha do serviço público de saúde e, especialmente, do profissional para o seu atendimento, bem como aquelas relacionadas ao seu poder de decisão sobre as alternativas de exames e tratamentos.

Neste estudo, os itens/questões que compõem os domínios no modelo de Gonçalves (2012) foram adequados quanto à linguagem, formato e conteúdo, com base na proposta da OMS (SILVA; VALENTINE, 2000), sendo o mesmo reduzido de 42 para 26 questões/itens. Em relação à escala do instrumento, empregou-se a mesma utilizada pela OMS (SILVA; VALENTINE, 2000), a qual corresponde a uma escala Likert de quatro pontos, cujas respostas variam conforme o domínio: muito ruim (um), ruim (dois), bom (três) e muito bom (quatro); e, nunca (um), raramente (dois), quase sempre (três) e sempre (quatro).

Validação do instrumento

Entre os métodos mais utilizados para obtenção da validade de um instrumento de avaliação se encontram os de conteúdo, de constructo e de critério (PASQUALI, 2010). No presente estudo, descreve-se o processo de avaliação da validade de conteúdo do instrumento em questão, contemplando quatro etapas: Avaliação 1 pelos Juízes; Avaliação Semântica 1 com os usuários (avaliação pela população alvo); Avaliação semântica 2 com os usuários; e, Avaliação 2 pelos Juízes (Figura 1). A coleta dos dados correspondente às quatro etapas foi realizada de março a outubro de 2015.

Após a elaboração do instrumento o estudo seguiu para a etapa de validação com oito juízes. Para a identificação dos avaliadores, foram analisadas publicações de artigos científicos sobre as temáticas ACCR e/ou responsividade no atendimento em serviços de saúde. Após a identificação dos nomes dos autores, foi consultada a base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a fim de localizar o currículo lattes de cada potencial avaliador, o que possibilitou verificar os pesquisadores com maior experiência na temática. O número de juízes foi definido de acordo com a literatura, que recomenda o máximo de dez juízes, entretanto a decisão em relação a esse quantitativo deve considerar a formação, a qualificação, a acessibilidade aos profissionais e sua disponibilidade (LYNN, 1986).

Primeira etapa: Avaliação 1 pelos Juízes. Nesta etapa o grupo de juízes foi formado por pesquisadores com maior experiência na temática de ACCR e/ou domínio do tema de responsividade, sendo selecionados três docentes de enfermagem de três universidades públicas do país, e seis enfermeiros mestres, de quatro estados brasileiros (Santa Catarina,

Rio Grande do Sul, Paraná e Piauí). Os profissionais foram convidados por correio eletrônico (*e-mail*). Como um dos docentes recusou o convite devido a grande demanda de trabalho, outro foi selecionado e aceitou a proposta. Assim, constituiu o painel de juízes um total de oito profissionais.

Após o aceite procedeu-se o envio por correio eletrônico do conjunto de documentos necessários para a participação dos juízes: carta de solicitação da apreciação do instrumento com as orientações sobre o objetivo do estudo e critérios de julgamento; o instrumento de avaliação da responsividade do ACCR pelos usuários e o formulário para registro da avaliação. A pesquisadora solicitou aos juízes que devolvessem a avaliação no prazo de quinze dias para as adequações necessárias.

O formulário para registro da avaliação pelos juízes se constituiu pelos domínios de responsividade e respectivos itens do instrumento, bem como pelos critérios de julgamento (exequibilidade, objetividade, simplicidade, clareza, pertinência e precisão), adotados na literatura (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009; COSTA et al., 2014). Cada item foi avaliado pelos juízes seguindo uma escala de quatro pontos (Quadro 5).

Quadro 5 – Critérios de julgamento e respectiva escala utilizada na avaliação do instrumento.

Critérios de julgamento	Pontuação na Escala			
	1	2	3	4
Exequibilidade	não exequível	incapaz de ser exequível sem revisão	exequível, mas precisa de alteração mínima	exequível
Objetividade	sem objetividade	incapaz de ter objetividade sem revisão	tem objetividade, mas precisa de alteração mínima	tem objetividade

Simplicidade	não tem simplicidade	incapaz de ter simplicidade sem revisão	tem simplicidade mas precisa de alteração mínima	tem simplicidade
Clareza	não tem clareza	incapaz de ter clareza sem revisão	tem clareza, mas precisa de alteração mínima	tem clareza
Pertinência	não tem pertinência	incapaz de ter pertinência sem revisão	tem pertinência, mas precisa de alteração mínima	tem pertinência
Precisão	sem precisão	incapaz de ter precisão sem revisão	tem precisão, mas precisa de alteração mínima	tem precisão

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2016, com base na literatura (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009; COSTA et al., 2014).

No processo de avaliação dos instrumentos, com o intuito dos juízes terem a mesma compreensão sobre os critérios de julgamento, alguns conceitos foram definidos, entendendo-se como: exequibilidade, quando a medida é aplicável; objetividade, a resposta é pontual; simplicidade, única ideia, sem outras interpretações; clareza, quando é inteligível, com expressões simples e inequívocas; pertinência, não insinua atributo diferente do definido; e, precisão, quando cada questão é distinta das demais e mede o que se propõe medir (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006; VITURI; MATSUDA, 2009). No final do formulário de avaliação se disponibilizou espaços para respostas abertas, os quais permitiram ao juiz apresentar (caso necessário) informações complementares, tais como, novos itens necessários porém ausentes; exclusão de itens considerados desnecessários ou de pouca contribuição; e, comentários e/ou sugestões de forma geral.

Segunda etapa: Avaliação Semântica 1 com os usuários. Concluída a avaliação pelos juízes, a pesquisadora principal realizou

adequações no instrumento e, na sequência, aplicou o mesmo com cinco usuários da UPA, a fim de avaliar a sua aplicabilidade e a necessidade de ajustes nas questões, formatos e escalas. Terminada esta etapa foram realizadas adequações no instrumento.

O número de usuários participantes desta etapa e as suas características seguiu o recomendado na literatura (GIL, 2010). A escolha dos usuários foi aleatória, considerando-se como critérios de elegibilidade: usuários com idade ≥ 18 anos, admitidos na UPA e atendidos pela equipe da recepção; pelo enfermeiro, na classificação de risco; pelo médico, na consulta; e também pela equipe técnica de enfermagem, na administração de medicamentos. Foram excluídos os usuários com condições físicas e/ou mentais prejudicadas para responder o instrumento.

Terceira etapa: Avaliação Semântica 2 com os usuários. A versão do instrumento ajustada na etapa anterior foi aplicada com mais cinco usuários da mesma UPA, com o intuito de concluir a avaliação semântica (GIL, 2010).

Quarta etapa: Avaliação 2 pelos Juízes. Após a avaliação semântica foram realizadas novas adequações no instrumento e enviado convite por *e-mail* aos oito juízes para participarem de uma segunda avaliação do mesmo. Todos aceitaram participar e esta etapa do processo de validação permitiu delinear as últimas alterações. Cabe registrar que essa rodada de avaliação foi necessária para que os itens inseridos no instrumento, a partir da primeira, segunda e terceira etapas do processo de validação, fossem avaliados por todos os juízes.

Os dados foram digitados e analisados no *Software Epi Info*TM versão 3.5.2. Para a análise se utilizou o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), calculado para cada item individualmente, seguido do instrumento como um todo. Esse índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (LYNN, 1986).

Calculou-se o IVC de cada item a partir da soma da pontuação 3 ou 4 atribuída pelos juízes na avaliação do item, cujo valor foi dividido pela pontuação máxima atribuível para o item. Os itens que receberam pontuação 1 ou 2 foram eliminados ou revisados conforme sugerido por Lynn (1986). Como critério de aceitação (validade) do IVC, foram utilizados dois valores de referência: uma concordância $\geq 0,78$ entre os juízes na avaliação de cada item - critério utilizado quando a avaliação é realizada por um mínimo de sete juízes (LYNN, 1986); e, concordância $\geq 0,90$ na avaliação do instrumento como um todo, cujo valor foi obtido

pela soma dos IVC de cada item, e o valor resultante, dividido pelo número de itens do instrumento (POLIT; BECK, 2006).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo Parecer n. 1.048.858, CAAE 43555715.8.0000.0121, e seguiu as recomendações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

São apresentadas as características dos juízes e dos usuários que participaram das etapas de avaliação do instrumento, assim como os dados referentes à elaboração e validação do instrumento.

Caracterização dos Juízes

Participaram oito enfermeiros, a maioria do sexo feminino (n=7), com idade inferior a 50 anos (n=5), com experiência profissional na assistência e na docência (n=7) e com tempo de atuação na assistência de 5 a 14 anos (n=5) e de no mínimo 20 anos na docência (n=4). Do total de enfermeiros, quatro têm mestrado e quatro, doutorado; todos possuem experiência com ACCR, sendo para a metade deles (n=4) uma experiência maior que 5 anos. Quatro participantes desenvolvem ou em algum momento desenvolveram trabalhos sobre responsividade, dos quais três, com atuação menor de 5 anos.

Caracterização dos usuários

Participaram da avaliação semântica 10 usuários, sendo a maioria do sexo feminino (n=6), residentes do município de Biguaçu (n=9), de raça branca (n=8) e casados (n=7). A idade variou entre 25 e 54 anos e apenas um usuário tinha 60 anos. Do total, quatro tinham o ensino fundamental incompleto, três, o ensino médio completo, e três, um em cada nível de formação, cursaram o ensino fundamental completo, superior completo e pós-graduação. Oito participantes não estavam sendo atendidos pela primeira vez no ACCR na UPA em questão.

Instrumento elaborado e validade

O instrumento elaborado foi organizado em três partes: I. identificação da UPA (município onde está situada); II. informações sociodemográficas dos usuários (idade, sexo, procedência, raça, estado

civil e grau de escolaridade) e do atendimento (se é o primeiro atendimento na UPA ou não); e, III. itens de avaliação da responsividade (26 itens distribuídos em seis domínios) (Quadro 6).

Quadro 6 – Domínios e itens do instrumento de acordo com o processo de elaboração e validação do mesmo.

Processo	Domínios	Itens
Instrumento elaborado*	seis	26
Instrumento resultante da Primeira etapa de avaliação (juízes)**	seis	32
Instrumento resultante da Segunda etapa de avaliação (usuários)***	cinco	35
Instrumento resultante da Terceira etapa de avaliação (usuários)****	cinco	40
Instrumento resultante da Quarta etapa de avaliação (juízes)*****	cinco	29

Legenda: * Referente ao Apêndice 2; ** Referente ao Apêndice 4; *** Referente ao Apêndice 5; **** Referente ao Apêndice 6; ***** Referente ao Apêndice 8.

Fonte: dados deste estudo, 2015.

Os domínios de avaliação da responsividade inicialmente propostos foram: Dignidade – itens 1 a 5; Confidencialidade – item 6; Comunicação – itens 7 a 11; Agilidade – itens 12 a 15; Suporte Social – itens 16 e 17; e, Instalações – itens 18 a 26. Cada item foi avaliado em uma escala que varia de um a quatro pontos, identificados por qualificadores que refletem a frequência com que o aspecto questionado é realizado ou identificado, os quais mudam positiva ou negativamente segundo o objetivo da questão: “nunca” (um), “raramente” (dois), “quase sempre” (três), “sempre” (quatro); e, “muito ruim” (um), “ruim” (dois), “boa” (três), “muito boa” (quatro). Não se considerou a nota do domínio como a soma das notas parciais de cada item avaliado. Para cada domínio poderia ser atribuída uma nota geral de zero a dez, a qual não seria produto da soma das notas dos itens, mas que corresponderia ao julgamento do usuário para cada domínio. Assim, elaborado com tal formatação o instrumento seguiu para o processo de avaliação.

Na *primeira etapa – Avaliação 1 pelos juízes*, a análise das respostas das avaliações em relação a cada item do instrumento permitiu fazer adequações em todos os domínios (Quadro 7), destacando-se a inclusão de seis itens elaborados para especificar, de forma descritiva, a

resposta de itens já existentes. Além disso, todos os domínios sofreram alguma alteração na redação dos itens, visando maior clareza e fácil compreensão por parte do usuário. Cabe registrar ainda que os oito juízes contribuíram para as adequações realizadas. Ao final desta etapa o instrumento ficou composto por 32 itens, distribuídos em seis domínios (Quadro 6).

Quadro 7 – Adequações realizadas na Avaliação 1 pelos juízes segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Dimensão	Domínio	Adequações realizadas
Respeito pelas pessoas	Dignidade	inseridos os itens 6 e 7 para o usuário especificar o(s) profissional(is) a quem ele atribuiu, no item anterior, a resposta nunca, raramente ou quase sempre
		a sigla ACCR foi escrita por extenso
		o respeito à privacidade durante o exame físico foi exemplificado (avaliação de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, tablet ou outros)
		incluída a resposta “não se aplica” (cinco) na escala
	Confidencialidade	inserida a palavra privacidade, visando maior compreensão e clareza do sigilo das informações pelos usuários
		incluída a resposta “não se aplica” (cinco) na escala
	Comunicação	acrescentados os itens 11, 13 e 17 que devem ser respondidos quando a resposta ao item antecedente for muito ruim, ruim ou boa
		especificada que a “qualidade das informações” trata de informações claras, objetivas e de fácil compreensão
		especificada que a “localização e identificação dos setores” se referem aos ambientes e salas
		especificada que “facilidade para conseguir

		informações” contempla o fato do usuário receber informações sobre o seu estado de saúde
Orientação para o cliente	Agilidade	nas questões 18, 20 e 21, relacionadas ao tempo de espera, a qualificação “razoável” foi substituída por “adequada”
	Suporte Social	incluído o item 24 para o usuário especificar o tipo de apoio recebido, caso a resposta ao item anterior seja raramente, quase sempre ou sempre
		especificado que o apoio de amigos e/ou familiares trata do apoio não fornecido pela UPA, tais como alimentação, roupa, dentre outros
	Instalações	o termo “na sua opinião” foi excluído do início de cada um dos itens e passou a ser utilizado uma única vez, antes de todos os itens
		substituiu-se a palavra “é” por “foi”, uma vez que o usuário responderá as perguntas sobre limpeza e conforto das instalações
incluída a resposta “não informado” (cinco) na escala		

Fonte: dados deste estudo, 2015.

Na *segunda etapa – Avaliação semântica 1*, na qual foi aplicado o instrumento com cinco usuários da UPA, identificou-se a necessidade de alterações em todos os domínios (Quadro 8), a fim de melhorar a clareza e compreensão dos itens. Nesse sentido, houve adequações no domínio Dignidade correspondentes à organização dos itens descritivos. O domínio Confidencialidade, que possuía apenas um item, foi excluído do instrumento devido a sua não exequibilidade, evidenciada pela dificuldade do usuário em informar sobre a garantia do sigilo das informações concedidas aos profissionais da UPA, aspecto já apontado na etapa anterior por dois juízes. Com as adequações realizadas o instrumento passou de 32 para 35 itens e de seis para cinco domínios (Quadro 6).

Quadro 8 – Adequações realizadas na Avaliação semântica 1 com os usuários segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Dimensão	Domínio	Adequações realizadas
Respeito pelas pessoas	Dignidade	os itens descritivos sobre a especificação dos profissionais passaram a ser apresentados imediatamente após o item relacionado, discriminando a resposta do usuário
		os itens 1 (Você foi tratado com respeito no Acolhimento com Classificação de Risco realizado pelo enfermeiro?) e 2 (Você foi tratado com respeito no atendimento realizado pelos outros profissionais?) tiveram adequação na redação contribuindo com a concordância e coerência dos mesmos, que passaram a ter a como configuração, respectivamente, “Você foi tratado com respeito pelo enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco” e “E no atendimento dos outros profissionais foi tratado com respeito?”
	a redação do item 4 foi reformulada, mudando de “Você foi incentivado/estimulado a falar livremente sobre as suas preocupações/problemas?” para “Você teve a oportunidade de falar a vontade sobre o seu problema de saúde?”	
	Confidencialidade	excluído o único item

	Comunicação	foi modificada a redação dos itens 10, 12 e 16, sendo que no primeiro “A comunicação da equipe com você foi?” mudou para “E como foi a comunicação dos outros profissionais?”; no segundo, “A qualidade das informações (claras, objetivas e de fácil compreensão) fornecidas foi?” passou a ser “Como foram as informações que você recebeu (claras e fáceis de entender)?”; e, no último, “A facilidade para conseguir informações sobre o seu estado de saúde foi?” alterou para “Como foi conseguir informações com os profissionais sobre a sua situação de saúde?”
Orientação para o cliente	Agilidade	em três (18, 20 e 21) dos quatro itens, foi excluído o termo “Você considera que...” passando para “O tempo de espera para...”
	Suporte Social	excluída a palavra “apoio” que se repetia no item 23
		inserida na escala a opção “não se aplica (não precisou)”, com valor correspondente a cinco
	Instalações	alterada a sequência dos itens para que seja avaliada a limpeza e o conforto do mesmo ambiente ou local consecutivamente
inserida a questão “Por quê?” após cada item relacionado ao conforto, que deve respondida caso a opção de resposta do usuário seja “muito ruim” ou “ruim”		

Fonte: dados deste estudo, 2015.

Na *segunda etapa – Avaliação semântica 2*, o instrumento foi aplicado com mais cinco usuários, que indicou a necessidade de novos ajustes nos domínios Comunicação, Agilidade e Instalações (Quadro 9). Ao término da avaliação, considerando todas as mudanças realizadas, o instrumento passou a ser constituído por 40 itens distribuídos em cinco domínios (Quadro 6).

Quadro 9 – Adequações realizadas na Avaliação semântica 2 com os usuários segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Dimensão	Domínio	Adequações realizadas
Respeito pelas pessoas	Comunicação	o item 11, “Com quais profissionais a comunicação foi assim?” mudou para “Com quais profissionais a comunicação poderia ser melhor?”
		o item 13, “Quem são os profissionais que forneceram informações assim?” foi alterado para “Com quais profissionais as informações poderiam ser melhor?”
		o item 17, “Com quais profissionais conseguir informações foi assim?” mudou para “Com quais profissionais poderia ser melhor para conseguir informação?”
		inserido o item 15, “O que poderia ser melhor?”, que deve ser respondido caso o usuário avalie no item anterior a localização e identificação dos setores como “muito ruim” ou “ruim”
Orientação para o cliente	Agilidade	inserida no item 19 a palavra acolhimento, pois o mesmo não especificava em que momento do atendimento do enfermeiro, o usuário seria informado sobre o tempo de espera
		no item 20, a palavra “acolhimento” substituiu a palavra “consulta”, ficando o item configurado: “O tempo de espera para atendimento médico após o acolhimento com o enfermeiro foi adequado?”
		inserido no item 21 o termo “após o atendimento médico”: “O tempo de espera para a administração do medicamento após o atendimento médico foi adequado?”

	Instalações	inserida a opção de resposta aberta “Por que?” para cada item relacionado à limpeza dos diferentes ambientes de atendimento da UPA, a qual deve ser respondida pelo usuário frente às respostas “muito ruim”, “ruim” ou “boa”, com exceção ao item 29 (“A limpeza dos banheiros foi?”)
--	-------------	--

Fonte: dados deste estudo, 2015.

Na *quarta etapa – Avaliação 2 pelos juízes*, surgiram novas necessidades de adequação, principalmente para os domínios Dignidade e Comunicação, sendo que neste último apenas os itens 9 e 16 não sofreram modificações. Destaca-se que o domínio Instalações foi reduzido de 18 para 6 itens (Quadro 10). Após as mudanças ocorridas nesta etapa, a versão final do instrumento (Apêndice 8) ficou com 29 itens distribuídos em cinco domínios (Quadro 6): Dignidade (sete itens), Comunicação (nove itens), Agilidade (quatro itens), Suporte Social (três itens) e Instalações (seis itens).

Quadro 10 – Adequações realizadas na Avaliação 2 pelos juízes segundo o domínio. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Dimensão	Domínio	Adequações realizadas
Respeito pelas pessoas	Dignidade	inserida a palavra “pessoas” nos itens 2 e 3, para especificar que os usuários devem avaliar não somente os profissionais, mas todas as pessoas que prestaram atendimento a ele, a exemplo, da recepcionista e do porteiro
		alterada a redação do item 4: de “Você teve a oportunidade de falar a vontade sobre o seu problema de saúde” para “Você se sentiu confortável para falar sobre seu problema de saúde?”
		os itens 6 e 7 sofreram alteração da redação para reduzir a sua extensão e foi substituída a palavra “tablet” por equipamentos eletrônicos
	Comunicação	incluída a palavra “pessoas” nos itens 10, 11 e 13 para os usuários avaliarem todos os trabalhadores da UPA que o atenderem, não restringindo a avaliação aos profissionais de saúde

		<p>o item 12 foi reformulado de “Como foram as informações que você recebeu (claras e fáceis de entender)?” para “Como foi o seu entendimento sobre as informações que recebeu?”</p> <p>alterada a redação para tornar mais claros e objetivos os itens 11 (“Com quais profissionais a comunicação poderia ser melhor”), 13 (“Com quais profissionais as informações poderiam ser melhor”), 14 (“A localização e identificação dos setores (ambientes, salas) foi?”), 15 (“O que poderia ser melhor”) e 17 (“Com quais profissionais poderia ser melhor para conseguir informação”), passando, respectivamente, para: “Quais profissionais/pessoas poderiam ter se comunicado melhor”; “Quais profissionais/pessoas poderiam ter oferecido informações mais claras”; “Como foi para localizar os ambientes/salas da UPA?”; “O que ou como poderia facilitar para localizar os ambientes/salas?”; e, “Quais profissionais poderiam ter oferecido informações mais facilmente?”</p>
Orientação para o cliente	Agilidade	<p>uma vez que foi questionado por dois juízes o parâmetro utilizado para o usuário avaliar a adequação do tempo de espera, foi esclarecido no instrumento que a expressão “adequado” corresponde à percepção do próprio usuário em relação ao mesmo, não sendo adotado um parâmetro de tempo de espera como base para a avaliação</p>
	Suporte Social	<p>para aprimorar a clareza e objetividade, a redação do item 23 foi alterada, passando a avaliar se o usuário teve a oportunidade de “Receber de amigos e/ou familiares (alimentação, roupa, entre outros)?”, ao invés de “Receber de amigos e/ou familiares o apoio que não é fornecido pela UPA (alimentação, roupa, entre outros)?”</p>

	Instalações	os nove itens (25, 27, 29, 30, 32, 34, 36, 38, 40) direcionados à avaliação da limpeza e do conforto foram reduzidos a um item sobre a limpeza e outro sobre o conforto. Consequentemente, os quatro itens que justificam a limpeza e o conforto quando considerados como “muito ruim”, “ruim” ou “boa” também passaram para um item cada
		inseridos dois itens para o usuário especificar o local da limpeza ou do conforto prejudicado

Fonte: dados deste estudo, 2015.

Os itens dos domínios Dignidade e Instalações apresentaram os melhores Índices de Validação de Conteúdo nas duas avaliações realizadas pelos juízes. O IVC do instrumento como um todo, considerado aceitável na primeira avaliação, aumentou por ocasião da segunda avaliação, o que mostra que o instrumento melhorou a sua qualidade durante o processo de validação.

Em relação à concordância entre os juízes (Tabela 4), na primeira avaliação todos os itens dos domínios Dignidade, Confidencialidade, Comunicação, Suporte Social e Instalações apresentaram valores de IVC $\geq 0,78$, conforme definido previamente, indicando concordância entre os juízes na avaliação dos itens. A agilidade foi o único domínio que teve um item avaliado (item 20) com IVC menor que o desejado, correspondentemente 0,75. Na segunda avaliação dos juízes os 40 itens do instrumento foram avaliados com IVC $\geq 0,78$, identificando-se nos domínios Dignidade, Agilidade e Instalações os itens que apresentaram melhor IVC.

Comparando-se o IVC dos itens da primeira com o da segunda avaliação dos juízes, do total de itens (n=26) que foram considerados em ambas avaliações, 15 aumentaram o seu IVC, três mantiveram o valor do IVC e sete diminuíram (23, 25, 27, 29, 30, 32 e 40), no entanto, mantiveram valores elevados. Na avaliação do instrumento como um todo, o IVC resultante da primeira e segunda avaliação foi, respectivamente, 0,93 e 0,97.

Tabela 4 – Concordância dos juízes nas avaliações dos itens e respectivos domínios do “Instrumento de Avaliação da Responsividade do ACCR”. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Domínio	Item	Avaliação 1*	Avaliação 2**
		IVC***	IVC***
Dignidade	1	0,92	1
	2	0,92	1
	3	-	0,98
	4	0,96	1
	5	-	0,98
	6	1	1
	7	0,88	1
Confidencialidade	8	0,85	-
Comunicação	9	0,92	1
	10	0,85	1
	11	-	1
	12	0,83	1
	13	-	0,98
	14	0,98	1
	15	-	0,98
	16	0,85	0,88
	17	-	0,90
Agilidade	18	0,90	1
	19	1	1
	20	0,75	0,98
	21	0,88	0,98
Suporte Social	22	0,94	1
	23	0,96	0,88
	24	-	0,88

	25	1	0,96
	26	-	0,96
	27	0,98	0,96
	28	-	0,96
	29	1	0,96
	30	1	0,96
	31	-	0,96
	32	0,98	0,96
Instalações	33		0,96
	34	0,94	0,96
	35	-	0,96
	36	0,94	0,96
	37	-	0,96
	38	0,96	0,96
	39	-	0,96
	40	0,98	0,96
	41	-	0,96
	Instrumento todo	0,93	0,97

Legenda: (-) Item inexistente na primeira avaliação dos juízes ou excluído na segunda avaliação;

* Referente ao instrumento apresentado no Apêndice 2; ** Referente ao instrumento apresentado no Apêndice 6; *** Índice de Validade de Conteúdo dos itens e do instrumento todo

Fonte: dados deste estudo, 2015.

DISCUSSÃO

A concepção de responsividade da OMS vem sendo empregada em diferentes países na elaboração e validação de instrumentos para avaliar serviços de saúde específicos, como proposto neste estudo. No Brasil, também foi elaborado um instrumento para avaliar a opinião do cliente sobre a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital

universitário, para o qual foram realizadas a validação aparente ou *de face*, o teste de aplicabilidade e o teste piloto. O instrumento permite identificar as expectativas e percepções do cliente, a partir de aspectos relacionados à Estrutura, Processo e Resultado, mensurados por uma escala Likert pontuada de 0 a 7. A média de concordância dos especialistas na validação variou de 85 a 100% e os comentários e sugestões apresentados por eles contribuíram para modificar o instrumento (RODRIGUES et al., 2012b).

O estudo mencionado (RODRIGUES et al., 2012b) se diferencia em diversos aspectos da presente pesquisa, seja pelo tipo de validação realizada, pela organização do instrumento (Estrutura, Processo e Resultado), pela pontuação da escala psicométrica, pelo tipo de análise da concordância dos especialistas (em percentual) entre outros, mas ambos objetivam avaliar a responsividade nos serviços de saúde brasileiros a partir de instrumentos validados, o que é relevante se considerada a escassez destes.

Na atenção primária uma investigação foi realizada no interior do estado de São Paulo para analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade. O estudo, que é qualitativo, utilizou a entrevista semiestruturada e focou nos domínios: Dignidade; Autonomia; Instalações e Ambiente Físico; Atenção Imediata; Escolha; Confidencialidade; e, Comunicação. Entretanto, a pesquisa não aponta se o instrumento utilizado na coleta de dados foi validado (MISHIMA et al, 2016).

Na Holanda, o modelo de responsividade da OMS foi empregado em um estudo que desenvolveu e validou um questionário para medir o desempenho dos cuidados na maternidade com base nas experiências dos clientes. Diferente do instrumento desta pesquisa, que foi construído com seis domínios sendo um deles excluído após avaliação dos juízes e pré-teste, o questionário proposto no estudo foi elaborado com os oito domínios de responsividade da OMS, sendo todos julgados relevantes, destacando-se a Dignidade e a Comunicação (SCHEERHAGEN et al., 2015), domínios que também se ressaltaram nesta investigação, especialmente a Dignidade, apesar da segunda avaliação dos juízes apontar um maior número de sugestões de melhorias para ambos.

Na primeira avaliação dos juízes a Dignidade e as Instalações obtiveram os melhores resultados no IVC dos itens, enquanto na segunda, a Dignidade continuou com os valores de IVC mais elevados junto à Agilidade. Destaca-se ainda que os domínios Dignidade, Comunicação e Agilidade apresentaram seu melhor desempenho na

segunda avaliação, o que não ocorreu com as Instalações, que teve para a maioria dos seus itens uma avaliação mais satisfatória na primeira avaliação. O Suporte Social, que possui dois itens, diminuiu o IVC de um deles e aumentou do outro, o que não permite dizer que uma avaliação foi superior a outra.

Um estudo de adaptação do questionário original de responsividade do sistema de saúde, desenvolvido pela OMS, para o sistema de cuidados de saúde mental do Irã, e de validação desta nova versão, mostrou que o questionário obteve bons resultados de validade em relação a todos os domínios, à exceção do Acesso, o qual deve sofrer alterações a fim de melhorar as propriedades psicométricas da medida (FOROUZAN et al., 2014).

Nesta investigação, o domínio Agilidade no atendimento dos serviços de saúde, que corresponde ao Acesso no questionário Iraniano, possui o item (20) que apresentou o IVC mais baixo no processo de validação, contudo o mesmo foi modificado e por ocasião da segunda avaliação aumentou seu índice. Assim, todos os itens do instrumento apresentaram IVC $\geq 0,78$, sendo então aceitos como válidos. Na avaliação do instrumento como um todo, o primeiro resultado do IVC (0,93), que já mostrava validade de conteúdo, foi melhorado por ocasião da segunda avaliação (0,97), corroborando que o instrumento tem validade.

A acessibilidade, a qualidade das relações interpessoais e a infra-estrutura adequada, são três dos cinco domínios que emergiram na pesquisa desenvolvida no Irã, que teve como objetivo explorar as expectativas dos usuários de serviços de saúde mental e dos prestadores de serviços (FOROUZAN et al., 2013). Esses três domínios incluem, respectivamente, o acesso à informação, o comportamento respeitoso e o ambiente limpo, arrumado, silencioso e espaço suficiente, aspectos que também estão inclusos no presente estudo, nos domínios Comunicação, Dignidade e Instalações, o que reforça a relevância da elaboração e validação de instrumentos para a mensuração dos mesmos.

Cabe registrar que para produzir o instrumento objeto desta pesquisa, a tradução do modelo de avaliação da responsividade dos sistemas de saúde, proposto pela OMS, foi realizada pela própria pesquisadora, de acordo com o seu entendimento sobre o modelo original, o que pode ser uma limitação do estudo.

CONCLUSÕES

O instrumento desenvolvido considera as características da população (adulta) a que se propõe avaliar, bem como do tipo de serviço (Unidade de Pronto Atendimento) e do próprio sistema público de saúde brasileiro, sendo constituído na sua versão final por 29 itens distribuídos em cinco domínios.

O instrumento demonstra validade em relação aos quesitos exequibilidade, objetividade, clareza, pertinência, precisão e simplicidade, apresentando Índice de Validação de Conteúdo elevado para os seus itens, individualmente, e para o instrumento como um todo.

O instrumento elaborado e validado tem potencial para implementação na avaliação das Unidades de Pronto Atendimento do país. Além disso, acredita-se que o mesmo possa ser utilizado para avaliar outros serviços de saúde que adotam o Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento aos usuários, como os serviços de urgência e emergência dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Sugere-se para o instrumento ora proposto, estudos futuros de validação de critério e de construto, assim como de confiabilidade, a fim de ampliar a avaliação da sua qualidade, e conseqüentemente, melhorar a sua capacidade de medição.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 3, p. 523-34, mar., 2010.

BELLUCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 16, n. 3, p. 419-28, jul./set., 2012a.

_____. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 751-7, set./out., 2012b.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 1, p. 82-7, jan./fev., 2015.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 3, p. 925-36, mar., 2015.

COSTA, R. K. S. et al. Validade de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com lesão cutânea. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 27, n. 5, p. 447-57, set./out., 2014.

COSTA, M. A. R. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 491-97, jul./set., 2015.

FERNANDES, M. V. L.; LACERDA, R. A.; HALLAGE, N. M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 19, n. 2, p. 174-89, abr./jun., 2006.

FOROUZAN, A. S. et al. Service users and providers expectations of mental health care in Iran: a qualitative study. **Iranian Journal of Public Health**, Tehran (Iran), v. 42, n. 10, p. 1106-16, oct., 2013.

_____. Reliability and validity of a mental health system responsiveness questionnaire in Iran. **Global Health Action**, Umeå (Sweden), v. 7, p. 247-48, jul., 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

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.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 12, p. 3343-52, dez., 2012.

INOUE, K. C. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 19, n. 1, p. 13-20, jan./mar., 2015a.

_____. Avaliação da qualidade da classificação de risco nos serviços de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 28, n. 5, p. 420-5, set./out., 2015b.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v.23, n.1, p.265-76, jan./mar., 2014.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, Minnesota (US), v. 35, n. 6, p. 382-6, nov./dec., 1986.

MISHIMA, S. M. et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, e2674, 2016.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 13, n. 4, p. 597-603, out./dez., 2011a.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar., 2015a.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artemed, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York (United States), v. 29, p. 489-97, oct., 2006.

RODRIGUES, A. V. D. et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n. 1, p. 167-74, fev., 2012b.

SCHEERHAGEN, M. et al. Measuring client experiences in maternity care under change: development of a questionnaire based on the WHO responsiveness model. **PLoS ONE**, San Francisco (United States), v.10, n. 2, e0117031, feb., 2015.

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)

VAITSMAN, J; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul./set., 2005.

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 35, n. 3, p. 21-8, set., 2014.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 43, n. 2, p. 426-34, jun., 2009.

VITURI, D. W. et al. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 5, p. 1179-87, set./out., 2013.

van der KOOY, J. et al. Validity of a questionnaire measuring the World Health Organization concept of health system responsiveness with respect to perinatal services in the dutch obstetric care system. **BMC Health Services Research**, London (UK), v. 14, n. 622, dec., 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

ZAMANZADEH, V. et al. Details of content validity and objectifying it in instrument development. **Nursing Practice Today**, Tehran (Iran), v. 1, n. 3, p. 163-71, jul., 2014.

5.2 MANUSCRITO 2 - AVALIAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELOS USUÁRIOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Avaliação da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários em Unidade de Pronto Atendimento

Patrícia Madalena Vieira Hermida
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Maria Elena Echevarría-Guanilo

RESUMO

Objetivou-se avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários em uma Unidade de Pronto Atendimento e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade. Estudo correlacional realizado na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Amostra constituída por 459 usuários. Aplicado questionário validado constituído por 40 questões, avaliadas em escala tipo likert, organizadas em cinco domínios (dignidade, comunicação, agilidade, suporte social e instalações). Para a organização e processamento dos dados se utilizou o *Software Epi Info* e o *OpenEpi*, sendo aplicada estatística descritiva e o teste Qui-quadrado. Os domínios que se destacaram com boa responsividade foram dignidade (97,8%), comunicação (93,9%) e instalações (91,1%). A agilidade obteve o mais baixo percentual (56,6%). A média geral de boa responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco foi 82,1%. Houve diferença estatística significativa das características de perfil dos usuários (sexo, idade, estado civil e escolaridade) e do número de vezes que o usuário foi atendido no serviço com a boa responsividade. Conclui-se que o Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento avaliada apresenta boa responsividade, a qual está associada ao sexo masculino, à idade ≥ 60 anos, ao estado civil casado e união estável, ao nível de escolaridade superior e ao primeiro atendimento no serviço.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Satisfação do paciente. Acolhimento.

INTRODUÇÃO

A avaliação de serviços pelos usuários se tornou popular na Europa e nos Estados Unidos, a partir de 1980, em geral por meio de *surveys* (HOLLANDA et al., 2012). Em relação aos estudos de avaliação dos serviços de saúde, estes ganharam maior enfoque na América Latina nos últimos anos, sendo necessárias novas pesquisas que visem avaliar os serviços para conhecer o processo de trabalho e o funcionamento dos mesmos, compreendendo suas necessidades sob o olhar dos diferentes sujeitos envolvidos (KLEIN et al., 2015) incluindo os usuários. Nesse sentido, a responsividade dos serviços de saúde é uma das abordagens da avaliação que deve ser investigada.

A responsividade (*responsiveness*), definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aspectos não-médicos do cuidado, é um dos objetivos intrínsecos dos sistemas de saúde desde o início do século XXI (GROMULSKA et al. 2014; FOROUZAN et al., 2016), quando esforços passaram a ser implementados para medir a mesma e os fatores que a afetam (FOROUZAN et al., 2016). De acordo com a OMS, a responsividade se refere à quão bem as expectativas legítimas da população estão sendo atendidas, entendendo-se como expectativas legítimas os elementos que não estão diretamente ligados ao estado de saúde do indivíduo, mas que afetam a sua relação com os serviços e os profissionais, como o respeito no atendimento e o atendimento ágil com o menor tempo de espera possível (HOLLANDA et al., 2012).

No âmbito internacional, vários estudos vêm sendo publicados sobre a responsividade dos serviços de saúde em diferentes contextos e cenários (MOHAMMED et al., 2013; GROMULSKA et al. 2014; FOROUZAN et al., 2016). Mas, em países de baixa e média renda, pouca atenção tem sido concedida à temática, sendo necessário que ainda muitos países em desenvolvimento avaliem seus sistemas de saúde em termos de responsividade dos serviços (MOHAMMED et al., 2013).

No Brasil ainda são raros os estudos sobre a responsividade (HOLLANDA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012a; SHIMIZU et al., 2016; MISHIMA et al., 2016) e não foi identificado nas publicações nacionais e internacionais estudo voltado à avaliação da responsividade dos serviços de saúde de urgência e emergência, desde a proposta lançada pela OMS em 2000, fatos que justificam a realização deste estudo no cenário da atenção às urgências no país, mais especificamente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), por ser este um cenário relativamente recente de cuidado da pessoa em condição aguda de saúde, e que constitui a Rede de Atenção às Urgências (RUE).

Considerando-se a responsividade uma forma de medir a qualidade do atendimento, bem como a humanização da assistência à saúde (LIMA et al., 2014), julga-se que seja coerente utilizar a abordagem da responsividade como paradigma de avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) pelos usuários da UPA. Proposto em 2003 pela Política Nacional de Humanização (PNH), o ACCR é uma estratégia de atendimento à população implantada nas portas de entrada do sistema de saúde brasileiro, que objetiva a humanização na assistência à saúde mediante a escuta qualificada (BRASIL, 2009).

Assim, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) prevê que os usuários sejam acolhidos pelos serviços de urgência e emergência por meio do ACCR, o que contempla a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, sendo ele um dos requisitos dos pontos de atenção da RUE (BRASIL, 2011). Destaca-se que o ACCR se diferencia da triagem, pois se caracteriza por uma ação inclusiva que não se esgota na etapa da recepção do usuário, mas deve ocorrer em todos os locais e momentos do atendimento no serviço de saúde, deixando de ser um ato isolado para ser, nessa perspectiva mais ampliada, um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários dos serviços de urgência (BRASIL, 2009).

Diante do exposto e considerando a lacuna de conhecimento sobre a avaliação dos serviços de emergência na perspectiva de usuários (MORAIS; MELLEIRO, 2013), em especial nas Unidades de Pronto Atendimento, este estudo teve como objetivo avaliar a responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários em uma Unidade de Pronto Atendimento e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade.

Além de ampliar a produção do conhecimento sobre a temática, tem-se a expectativa de que esta investigação possa contribuir para a melhoria do atendimento à saúde da população na Unidade de Pronto Atendimento, bem como estimular o desenvolvimento de novas pesquisas sobre essa temática.

MÉTODO

Estudo correlacional desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento da região da Grande Florianópolis, estado de Santa

Catarina. Adotou-se como critérios para escolha da Unidade o tempo de funcionamento mínimo de dois anos, devido à experiência consolidada de implantação do ACCR, e a qualificação da UPA mediante Portaria Ministerial.

A amostra dos usuários foi calculada considerando-se o número de atendimentos realizados na UPA no período de um ano (1 de Fevereiro de 2014 a 31 de Janeiro de 2015), que corresponde a 80.016 atendimentos. Assim, a amostra se constituiu por um total de 459 usuários atendidos pelo ACCR. Adotou-se o intervalo de confiança (IC) de 95%, precisão da estimativa de $50 \pm 5\%$ e perda amostral de 20%. Para calcular o tamanho amostral foi utilizado o *SEstatNet*[®] 1999-2013.

Aplicou-se a amostragem não probabilística, do tipo por conveniência. Foram considerados como critérios de inclusão os usuários com idade ≥ 18 anos, admitidos na UPA e que receberem atendimento: pela equipe da recepção; pelo enfermeiro, na classificação de risco; pelo médico, na consulta; e também pela equipe técnica de enfermagem, na administração de medicamentos. Foram excluídos os usuários com condições físicas e/ou mentais prejudicadas, impossibilitados de responder ao questionário.

Os dados foram obtidos no período de 30 de junho de 2015 a 10 de agosto de 2016, pela pesquisadora, três discentes de graduação (bolsistas do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica - PIBIC) e uma doutoranda da área de enfermagem, treinadas pela pesquisadora e acompanhadas pela mesma durante as primeiras coletas realizadas. Coletaram-se os dados por meio de um questionário que trata da responsividade do ACCR, elaborado a partir de modelos já existente (GONÇALVES, 2012; SIVA; VALENTINE, 2000) e validado em três etapas (primeira avaliação pelos juízes e segunda e terceira avaliação semântica com os usuários da UPA).

O questionário utilizado é constituído de duas partes: identificação do usuário; e, dados sobre a avaliação da responsividade do ACCR. As variáveis de *identificação do usuário* são: data de nascimento; idade; sexo; raça/cor; estado civil; grau de escolaridade; procedência; e, você está sendo atendido pelo Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) pela primeira vez? A *avaliação da responsividade do ACCR* foi composta por 40 questões organizadas em cinco domínios: dignidade (sete questões – 1 a 7); comunicação (nove questões – 8 a 16); agilidade (quatro questões – 17 a 20); suporte social (três questões – 21 a 23); e, instalações (dezessete questões – 24 a 40).

Cada domínio foi definido como: *dignidade* – garantia do paciente ser bem recebido e tratado com respeito e consideração no serviço de saúde; *comunicação* – garantia de sinalização adequada sobre os setores tanto por meio de pessoal como de placas informativas; canais para ouvidoria dos usuários e a facilidade para conseguir informações sobre documentação, procedimentos, exames, entre outros; *agilidade* – garantia de cuidados rápidos em emergências e um tempo curto de espera por consultas e tratamento; *instalações* – garantia de um lugar de atendimento limpo e confortável para os pacientes (ANDRADE; VAITSMAN; FARIA, 2010); e, *suporte social* – garantia de acesso do usuário à sua rede de suporte social (família e amigos) durante o cuidado prestado pelo serviço de saúde. Esses domínios são classificados em duas dimensões: *respeito pelas pessoas* (dignidade e comunicação) e *orientação para o cliente* (agilidade, suporte social e instalações) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Com base na avaliação da responsividade proposta pela OMS (SILVA; VALENTINE, 2000), cada questão foi avaliada por meio de uma escala Likert, sendo atribuído para cada questão um dos valores padronizados no formato de uma escala ordinal: nunca (1); raramente (2); quase sempre (3); e, sempre (4). As dimensões comunicação e instalações admitiram as medidas: muito ruim (1); ruim (2); bom/boa (3); e, muito bom/muito boa (4). Para os domínios dignidade, suporte social e instalações também foi considerada a medida não se aplica (5), a qual foi assinalada quando o usuário não conseguia avaliar a questão por falta de observação.

A coleta de dados com os usuários, por meio de entrevista, ocorreu em todos os dias úteis da semana e turnos (manhã/tarde/noite). Os dados foram organizados e processados no *Software Epi Info* versão 3.5.2, por meio de estatística descritiva, empregando-se as frequências absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão.

O tratamento dos dados se baseou ainda na proposta de análise apresentada no estudo de avaliação da responsividade da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), adotada também por outros pesquisadores (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013; KARAMI-TANHA et al., 2014; LIMA et al., 2014; MOHAMMADI; KOOROSH, 2014; SAJJADI et al., 2015; FOROUZAN et al., 2016). Assim, as respostas das questões e respectivos domínios foram dicotomizadas em “fraca responsividade” (*poor responsiveness*) e “boa responsividade” (*good responsiveness*), sendo esta última definida como o percentual de usuários que responderam: quase sempre (3) e sempre (4); ou, boa (3) e muito boa (4). Adotou-se no estudo que a “fraca

responsividade” corresponde ao percentual de usuários que atribuíram às respostas: nunca (1) e raramente (2); ou, muito ruim (1) e ruim (2). A resposta não se aplica (5) não foi considerada nos cálculos, uma vez que os usuários que optaram pela mesma não expressaram a sua opinião acerca da responsividade.

Em cada domínio a média dos percentuais das respectivas questões representa à responsividade do mesmo. Para obter essa média foram somados os percentuais de boa e de fraca responsividade correspondentes às questões do domínio, e o resultado foi dividido pelo número de questões do referido domínio. Assim, foram obtidos os melhores e piores desempenhos (*performances*) de boa e de fraca responsividade entre os domínios.

Para verificar a relação entre a boa e fraca responsividade com as variáveis do perfil sociodemográfico, sexo (masculino e feminino), faixa etária (<60 e ≥60 anos), escolaridade (<12 anos de estudo e nível de educação superior), estado civil (com companheiro e sem companheiro) e número de atendimento na UPA (primeiro atendimento e mais), foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2), sendo adotado $p < 0,05$ como valor significativo. Para a análise foram utilizados o *Software Epi Info*TM e o OpenEpi versão eletrônica 3.01 (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2013).

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Parecer n. 1.048.858, CAAE 43555715.8.0000.0121, seguindo-se as recomendações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes receberam orientações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os dados referentes às características dos usuários e de avaliação da responsividade do ACCR são apresentados de forma descritiva e em tabelas.

Caracterização dos usuários

Foram entrevistados 459 usuários, destes, a maioria eram mulheres (n=272; 59,3%), de cor/raça branca (n=377; 82,1%), com ensino fundamental (n=236; 51,5%) e procedentes do município de Biguaçu (n=361; 78,6%). Houve predomínio de usuários casados (n=162; 35,3%), seguidos dos solteiros (n=154; 33,6%), com idade mediana de 41 anos (DP=17,5), destacando-se as faixas etárias de 30 a

44 anos (n=125; 27,2%) e de 18 a 29 anos (n=123; 26,8%). A maior parte referiu que não se tratava do primeiro atendimento nesse serviço (n=376; 81,9%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Características sociodemográficas dos usuários da UPA participantes do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	272	59,3
Masculino	187	40,7
Faixa etária (anos)*		
< 60	362	78,9
≥ 60	97	21,1
Cor ou raça**		
Branca	377	82,1
Parda	46	10,0
Preta	31	6,8
Indígena	4	0,9
Amarela	1	0,2
Estado civil***		
Com companheiro	231	50,3
Sem companheiro	228	49,7
Escolaridade****		
< 12 anos	403	87,8
Nível superior	56	12,2
Procedência		
Biguaçu	361	78,6
São José	54	11,8
Governador Celso Ramos	28	6,1
Antônio Carlos	6	1,3
Florianópolis	3	0,7
Outro Estado	3	0,7
Braço do Norte	1	0,2
Itapema	1	0,2
Joinville	1	0,2
Tijucas	1	0,2
Primeiro atendimento na UPA		
Não	376	81,9
Sim	83	18,1

* Média = 43,6; DP = 17,5; Mínima = 18; Máxima = 89; Mediana = 41

** Fonte da classificação cor ou raça: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2011.

*** Com companheiro = casado e união estável; Sem companheiro = solteiro, separado, divorciado e viúvo

**** <12 anos = sem instrução, ensino fundamental e médio completo e incompleto; Nível superior = ensino superior incompleto, completo e pós-graduação

Avaliação da responsividade

No domínio Dignidade, a resposta “sempre” (4) foi atribuída pela grande maioria dos usuários para todas as suas questões, destacando-se a “Privacidade no exame físico do enfermeiro” com o maior percentual de usuários (96,1%) (Tabela 6).

Em relação ao domínio Agilidade, a resposta “nunca” (1) obteve o percentual mais elevado (85,4%), atribuída quando questionado se o usuário foi “Informado sobre o tempo de espera”. No domínio Suporte Social a resposta “não se aplica” (5) foi a opção da maioria dos usuários (57,7% e 88,2%), o que significa que estes não precisaram de apoio social (Tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação dos usuários quanto aos domínios Dignidade, Agilidade e Suporte Social. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)

Dimensões	Domínios	nunca		raramente		quase sempre		sempre		não se aplica	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Respeito pelas pessoas	Dignidade										
	Tratado com respeito pelo enfermeiro no ACCR	2	0,4	7	1,5	23	5,0	427	93,0	-	-
	Tratado com respeito pelos outros profissionais	2	0,4	12	2,6	58	12,6	387	84,3	-	-
	Teve oportunidade de falar a vontade sobre seu problema	4	0,9	16	3,5	29	6,3	410	89,3	-	-
	Privacidade no exame físico do enfermeiro	-	-	1	0,2	15	3,3	441	96,1	2	0,4
	Privacidade no exame físico do médico	-	-	7	1,5	29	6,3	420	91,5	3	0,7

Agilidade												
Orientação para o cliente	Tempo de espera adequado para o ACCR com o enfermeiro	68	14,8	78	17,0	111	24,2	202	44,0	-	-	
	Informado sobre o tempo de espera	392	85,4	13	2,8	17	3,7	37	8,1	-	-	
	Tempo de espera adequado para atendimento médico	100	21,8	113	24,6	97	21,1	149	32,5	-	-	
	Tempo de espera adequado para receber o medicamento	13	2,8	20	4,4	83	18,1	343	74,7	-	-	
	Suporte Social											
	Teve oportunidade de um acompanhante	24	5,2	24	5,2	19	4,1	127	27,7	265	57,7	
	Teve oportunidade de apoio de amigos/família	8	1,7	10	2,2	8	1,7	28	6,1	405	88,2	

Fonte: dados da pesquisa, 2015-2016.

No domínio Comunicação, predominou a resposta “muito boa/muito bom” (4) representada pelo maior percentual (60,1%) de usuários no que se refere à “Localização e identificação das salas”. Quanto ao domínio Instalações, destacou-se a resposta “boa/bom” (3), atribuída por 56,4% e 51,2% dos usuários, relacionada ao “Conforto da sala de espera” e ao “Conforto do consultório de enfermagem”, respectivamente. Cabe registrar que a limpeza e o conforto da sala para a coleta de exames foram avaliados pela maioria dos usuários (66,7% e 65,6%) com a resposta “não se aplica” (5), em geral porque estes não haviam coletado exames na UPA (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação dos usuários em relação aos domínios Comunicação e Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)

Dimensões	Domínios	muito ruim		ruim		boa/bom		muito boa/muito bom		não se aplica	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comunicação											
Respeito pelas pessoas	Comunicação do enfermeiro	3	0,7	8	1,7	231	50,3	217	47,3	-	-
	Comunicação dos outros profissionais	4	0,9	22	4,8	206	44,9	227	49,5	-	-
	Informações claras e fáceis de entender	11	2,4	21	4,6	168	36,6	259	56,4	-	-
	Localização e identificação das salas	2	0,4	20	4,4	161	35,1	276	60,1	-	-
	Para conseguir informações	17	3,7	31	6,8	146	31,8	265	57,7	-	-
Instalações											
Orientação para o cliente	Limpeza da sala de espera	5	1,1	40	8,7	219	47,7	143	31,2	52	11,3
	Conforto da sala de espera	21	4,6	71	15,5	259	56,4	99	21,6	9	2,0
	Limpeza dos banheiros	18	3,9	35	7,6	126	27,5	121	26,4	159	34,6

Limpeza enfermagem	consultório	de	1	0,2	5	1,1	164	35,7	186	40,5	103	22,4
Conforto enfermagem	consultório	de	4	0,9	12	2,6	235	51,2	168	36,6	40	8,7
Limpeza do consultório médico			3	0,7	5	1,1	163	35,5	221	48,1	67	14,6
Conforto do consultório médico			5	1,1	12	2,6	195	42,5	213	46,4	34	7,4
Limpeza da sala para coleta de exames		de	1	0,2	11	2,4	63	13,7	78	17,0	306	66,7
Conforto da sala para coleta de exames		de	2	0,4	16	3,5	64	13,9	76	16,6	301	65,6

Fonte: dados da pesquisa, 2015-2016.

A “Privacidade no exame físico do enfermeiro”, do domínio Dignidade, obteve o maior percentual de responsividade (99,8%), enquanto que o menor percentual (11,8%) foi identificado quando questionado se o usuário foi “Informado sobre o tempo de espera”, no domínio Agilidade (Tabela 8).

A melhor e a pior *performance* de responsividade do ACCR foram atribuídas à Dignidade (97,8%) e à Agilidade (56,6%), respectivamente (Tabela 8). Todos os domínios apresentaram uma média de boa responsividade acima de 50%, ou seja, a maioria dos usuários avaliou que o ACCR na UPA tem uma boa responsividade, sendo a média de responsividade geral, 82,1% (Tabela 8).

Tabela 8 – Responsividade do ACCR na UPA de acordo com os domínios Dignidade, Comunicação, Agilidade, Suporte Social e Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)

Dimensões	Domínios	Frac responsividade		Boa responsividade	
		n	%	n	%
Respeito pelas pessoas	Dignidade	51	2,2*	2239	97,8
	Tratado com respeito pelo enfermeiro no ACCR	9	2,0	450	98,0
	Tratado com respeito pelos outros profissionais	14	3,0	445	97,0
	Teve oportunidade de falar à vontade sobre seu problema	20	4,4	439	95,6
	Privacidade no exame físico do enfermeiro	1	0,2	456	99,8
	Privacidade no exame físico do médico	7	1,5	449	98,5
	Comunicação	139	6,1	2156	93,9
	Comunicação do enfermeiro	11	2,4	448	97,6
	Comunicação dos outros profissionais	26	5,7	433	94,3
	Informações claras e fáceis de entender	32	7,0	427	93,0
	Localização e identificação das salas	22	4,8	437	95,2
	Para conseguir informações	48	10,5	411	89,5

Orientação para o cliente	Agilidade	797	43,4	1039	56,6
	Tempo de espera adequado para o ACCR com o enfermeiro	146	31,8	313	68,2
	Informado sobre o tempo de espera	405	88,2	54	11,8
	Tempo de espera adequado para atendimento médico	213	46,4	246	53,6
	Tempo de espera adequado para receber o medicamento	33	7,2	426	92,8
	Suporte Social	66	29,0	182	71,0
	Teve oportunidade de um acompanhante	48	24,7	146	75,3
	Teve oportunidade de apoio de amigos/família	18	33,3	36	66,7
	Instalações	267	8,9	2793	91,1
	Limpeza da sala de espera	45	11,1	362	88,9
	Conforto da sala de espera	92	20,4	358	79,6
	Limpeza dos banheiros	53	17,7	247	82,3
	Limpeza consultório de enfermagem	6	1,7	350	98,3
	Conforto consultório de enfermagem	16	3,8	403	96,2
	Limpeza do consultório médico	8	2,0	384	98,0
	Conforto do consultório médico	17	4,0	408	96,0

Limpeza da sala para coleta de exames	12	7,8	141	92,2
Conforto da sala para coleta de exames	18	11,4	140	88,6
Responsividade Geral (média)	-	17,9	-	82,1

Legenda: *média referente ao domínio

Fonte: dados da pesquisa, 2015-2016.

Na relação de associação das variáveis sociodemográficas e de atendimento na UPA com os domínios de responsividade, o sexo se destacou por apresentar diferença estatisticamente significativa com o maior número de domínios, seguido da faixa etária, cujo nível de significância estatística se deu com três dos domínios. Cada uma das demais variáveis (estado civil, escolaridade e número de vezes de atendimento na UPA) obteve diferença estatística significativa com apenas dois domínios. Nenhuma variável apresentou significância estatística com o domínio Suporte Social (Tabela 9).

As diferenças estatísticas significativas foram: do sexo com os domínios Dignidade (0,0120), Comunicação (0,00001), Agilidade (0,0115) e Instalações (0,0001); da faixa etária com os domínios Comunicação (0,0000001), Agilidade ($<0,0000001$) e Instalações ($<0,0000001$); do estado civil com os domínios Dignidade (0,0301) e Agilidade (0,018); da escolaridade com os domínios Comunicação (0,0111) e Instalações (0,0237); e, do número de vezes que o paciente foi atendido na UPA (primeira vez ou não) com os domínios Agilidade no atendimento (0,0001) e Instalações (0,0223) (Tabela 9).

Desse modo, a boa responsividade do ACCR na UPA está associada aos homens, aos usuários mais velhos (≥ 60 anos), aos que possuem companheiros (casados e em união estável), aos que possuem nível de escolaridade superior (completo, incompleto e pós-graduado) e àqueles que estavam sendo atendidos pela primeira vez na UPA.

Tabela 9 – Características sociodemográficas e de atendimento dos usuários e a responsividade dos domínios avaliados. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016.

Variáveis	Dignidade			Comunicação			Agilidade		
	Fraca (n)*	Boa (n)*	Valor de p**	Fraca (n)	Boa (n)	Valor de p	Fraca (n)	Boa (n)	Valor de p
Sexo									
M	13	918	0,0120	34	901	0,00001 *****	301	447	0,0115 *****
F	38	1321		105	1255		496	592	
Faixa etária (anos)									
<60	47	1758	***	131	1679	0,0000001	681	767	<0,0000001
≥60	4	481		8	477		116	272	
Estado Civil*****									
Com companheiro	19	1134	0,0301	65	1090	NS****	379	545	0,018
Sem companheiro	32	1105		74	1066		418	494	
Escolaridade									
<12 anos	49	1963	**	113	1902	0,0111	706	906	NS
Nível Superior	2	276		26	254		91	133	
Primeiro atendimento									
Sim	5	406	NS	24	398	NS	115	217	0,0001
Não	46	1833		115	1758		682	822	

Legenda: *Boa ou Fraca responsividade; ** χ^2 (Mid-P exact); *** χ^2 prejudicado por número baixo (<5); ****NS = não significativo; *****Com companheiro = casado e união estável; Sem companheiro = solteiro, separado, divorciado e viúvo; *****p<0,05; *****p<0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2015-2016.

(continuação)

Variáveis	Suporte Social			Instalações		
	Fraca (n)	Boa (n)	Valor de p	Fraca (n)	Boa (n)	Valor de p
Sexo						
M	23	64	NS	82	1179	0,0001
F	43	118		185	1614	
Faixa etária (anos)						
<60	31	54	**	246	2153	<0,0000001
≥60	2	37		21	640	
Estado Civil*****						
Com companheiro	34	99	NS	137	1408	NS
Sem companheiro	32	83		130	1385	
Escolaridade						
<12 anos	56	159	NS	224	2463	0,0237
Nível Superior	10	23		43	330	
Primeiro atendimento						
Sim	2	31	**	33	476	0,0223
Não	64	151		234	2317	

Legenda: *Boa ou Fraca responsividade; ** χ^2 (Mid-P exact); *** χ^2 prejudicado por número baixo (<5); ****NS = não significativo; *****Com companheiro = casado e união estável; Sem companheiro = solteiro, separado, divorciado e viúvo; ***** $p < 0,05$; ***** $p < 0,001$

Fonte: dados da pesquisa, 2015-2016.

Os usuários complementaram informações relacionadas à avaliação dos domínios (Dignidade, Comunicação, Suporte Social e Instalações) sobre a responsividade do ACCR. Essas informações foram agrupadas e organizadas em relação à frequência e porcentagem com as quais as mesmas se apresentavam e estão disponíveis no Apêndice 15.

DISCUSSÃO

Nos estudos de avaliação da responsividade dos serviços de saúde desenvolvidos ao redor do mundo, semelhanças e diferenças foram identificadas com os achados desta pesquisa no que se refere ao perfil dos participantes, embora as variáveis raça e estado civil não sejam analisadas em vários estudos (EBRAHIMPOUR et al., 2013; MOHAMMED et al., 2013; MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013; GROMULSKA et al., 2014; KARAMI-TANHA et al., 2014; MOHAMMADI; KOOROSH, 2014; BAZZAZ et al., 2015; NAJAFI et al., 2016), o que inviabiliza comparações destas variáveis.

Em investigações realizadas na Nigéria (MOHAMMED et al., 2013) e no Egito (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013) a maioria dos participantes foram homens, enquanto que as mulheres representaram maioria, em estudos desenvolvidos no Irã (EBRAHIMPOUR et al., 2013; BAZZAZ et al., 2015) e na Polônia (GROMULSKA et al., 2014). No tocante à idade, os estudos incluem uma ampla faixa etária que varia entre 15 e 18 anos a 80 anos ou mais (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013; GROMULSKA et al., 2014; KARAMI-TANHA et al., 2014; BAZZAZ et al., 2015), evidenciando-se maior percentual de participantes acima de 45 anos (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013; GROMULSKA et al., 2014; KARAMI-TANHA et al., 2014).

Em relação ao estado civil, as pesquisas que consideraram esta variável mostraram que na Polônia (GROMULSKA et al., 2014) e Iran (NAJAFI et al., 2016) a maioria dos participantes são casados. Sobre o nível de escolaridade, no Egito (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013) e Iran (EBRAHIMPOUR et al., 2013; MOHAMMADI; KOOROSH, 2014; NAJAFI et al., 2016) foram incluídos desde participantes sem instrução (analfabetos) até aqueles com nível superior completo, como na presente pesquisa.

Os resultados mostram que a avaliação dos usuários para os domínios relativos ao respeito pelas pessoas, que inclui ser tratado com dignidade e ter boa comunicação com os profissionais no ACCR, foi mais positiva do que para os domínios relacionados à orientação para o

cliente, que se referem à agilidade do atendimento, ao suporte social recebido durante o cuidado e às instalações do serviço. Esses resultados indicam qualificação ética e humanística no atendimento aos usuários, o que condiz com a proposta do ACCR da PNH. O cuidado realizado com competência técnica e relacional pelos profissionais no atendimento às necessidades do usuário pode garantir qualidade e eficácia na assistência prestada (SILVA et al., 2016).

Os dados do presente estudo evidenciam a necessidade de melhorias na infraestrutura do serviço, a exemplo de uma ambiência mais acolhedora (limpeza e conforto), mas, sobretudo, na orientação ao usuário acerca do tempo de espera para o atendimento médico, uma vez que este aspecto obteve a avaliação mais negativa na pesquisa. O aumento no número de profissionais também pode agilizar o atendimento, diminuindo o tempo de espera.

A literatura aponta a necessidade de orientar a população sobre a funcionalidade do ACCR, a fim de informá-la do tempo de espera. Os profissionais da UPA que realizam o ACCR, precisam informar o usuário em relação ao processo de classificação de risco e ao tempo de espera de acordo com seu quadro clínico, o que contribui para a satisfação do usuário e de sua família (OLIVEIRA et al., 2013a). O Ministério da Saúde prevê como diretriz para o ACCR nos serviços de urgência que o tempo provável de espera seja informado ao usuário sem risco imediato e seus familiares (BRASIL, 2009).

Como o tempo de espera não depende apenas da classificação do usuário, mas também do número de profissionais em atendimento, isso torna o atendimento lento, especialmente quando surgem situações de emergência, nas quais há uma maior concentração da equipe (OLIVEIRA et al., 2013a) em detrimento dos demais casos.

A responsividade do ACCR na UPA evidenciou semelhanças e diferenças com outras pesquisas sobre a responsividade em contextos distintos. Diferentemente de estudos internacionais (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013; KARAMI-TANHA et al., 2014; MOHAMMADI; KOOROSH, 2014; FOROUZAN et al., 2016), os domínios foram avaliados com boa responsividade pela maioria dos usuários, contudo, os achados sinalizaram melhorias necessárias em cada domínio, tais como adequações no mobiliário para proporcionar conforto aos usuários e acompanhantes.

Estudo realizado no Egito evidenciou que a melhor *performance* da responsividade foi atribuída ao domínio suporte social (MOSALLAM; ALY; MOHARRAM, 2013), diferentemente desta

pesquisa, cujas melhores *performances* foram dos domínios dignidade e comunicação, os quais obtiveram a segunda melhor *performance* em estudos iranianos (KARAMI-TANHA et al., 2014; MOHAMMADI; KOOROSH, 2014; FOROUZAN et al., 2016). Na presente pesquisa, um aspecto que merece questionamento sobre a avaliação dos domínios dignidade e comunicação é por que os médicos teriam sido os profissionais mais apontados pelos usuários de maneira negativa pelo atendimento prestado.

No Brasil, estudo desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF) revelou que os domínios dignidade e comunicação também estão entre os três melhores avaliados pelos usuários (SHIMIZU et al, 2016). Em outra pesquisa realizada no país, em unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, os achados sobre a dignidade não foram positivos. A privacidade nas consultas foi o aspecto da responsividade que mostrou maior falha nos serviços (HOLLANDA et al., 2012).

O resultado de um estudo iraniano (FOROUZAN et al, 2016) divergiu daquele identificado nesta investigação em relação ao domínio com pior *performance* (agilidade). No referido estudo foi atribuída *performance* mais negativa ao domínio instalações. Na Nigéria e África do Sul, a agilidade foi considerada uma das áreas prioritárias de intervenção para melhoria da responsividade dos serviços de saúde, devido ao seu baixo desempenho nos estudos de avaliação (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012; MOHAMMED et al., 2013).

No âmbito nacional, pesquisa sobre a responsividade na ESF revelou dentre os domínios mal avaliados pelos usuários, a agilidade no atendimento e as instalações (SHIMIZU et al, 2016). Em contexto similar, outra pesquisa avaliou negativamente as instalações por se apresentarem inadequadas e pouco resolutivas aos desejos e expectativas da população (MISHIMA et al., 2016). Nas unidades da Fundação Oswaldo Cruz, o tempo de espera para o atendimento (domínio agilidade) e a limpeza (domínio instalações) também não foram avaliados positivamente. A demora de ser atendido é razão de reclamação entre os usuários, que aguardam mais tempo do que consideram tolerável esperar pelo atendimento (HOLLANDA et al., 2012).

Apesar da boa responsividade do domínio agilidade, identificada no presente estudo, a pior *performance* atribuída ao mesmo e as críticas apontadas pelos usuários mostram que ele deve receber especial atenção na busca por melhoria da responsividade na UPA, o que pode exigir adequações no sistema de referência e contrarreferência, pois o tempo de espera pode ser diminuído a depender do fluxo dos

usuários que procuram pelo serviço. Nesse sentido, o ACCR pode contribuir por ser um dispositivo capaz de educar a sociedade quanto aos níveis de atenção do sistema de saúde e direcionar a mesma ao serviço adequado a sua condição (OLIVEIRA et al., 2013a).

Sobre a agilidade no atendimento da UPA, outro estudo aponta que a busca por atenção imediata não caracterizada como demanda urgente, aliada à falta de material, às características de estrutura física das Unidades e de recursos humanos prejudica a agilidade dos atendimentos (OLIVEIRA et al., 2015a).

Os achados do presente estudo acerca do domínio suporte social também merecem reflexão, pois a sua *performance* pode estar relacionada às restrições da UPA que, formalmente, permite acompanhante apenas às pessoas com deficiência, idosas e de menor idade. Outro fator que parece ter contribuído de forma mais desfavorável ao desempenho desse domínio foi a falta de oportunidade do usuário de receber, durante o seu atendimento, o apoio de amigos e/ou familiares, principalmente em relação à alimentação, o que pode ser muito ruim se considerado, como previsto na PNAU, que a UPA não fornece alimentação por se tratar de um serviço em que o usuário deve permanecer por tempo limitado (24 horas).

Outro estudo sobre o ACCR corrobora que os usuários deveriam ter suas necessidades básicas atendidas e o direito a um acompanhante nas situações de espera prolongada por atendimento (GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015).

Constatou-se que a avaliação da UPA, embora restrita a um cenário específico da região da Grande Florianópolis, revelou semelhança com outras avaliações realizadas no Brasil (SHIMIZU et al., 2016) e em outros países (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012; MOHAMMED et al., 2013; KARAMI-TANHA et al., 2014), nos quais dignidade e agilidade se encontram em polos opostos, representados pelos domínios que estão dentre os melhores e piores avaliados, respectivamente.

Na avaliação da responsividade de um sistema de saúde é relevante conhecer as diferenças sistemáticas existentes entre os diferentes subgrupos da população. Considera-se importante saber, por exemplo, se a responsividade é percebida de forma diferente, ou não, entre as mulheres, os mais idosos (60 anos e mais), as pessoas com menor renda e indivíduos com menor nível de educação (até 12 anos) em relação a outros (SAJJADI et al., 2015).

Nesse sentido, os resultados de associação entre perfil sociodemográfico dos usuários e a avaliação da responsividade da UPA estão em consonância com estudos internacionais. Na Nigéria, os achados da avaliação dos serviços de saúde também revelaram associação entre o sexo e os domínios dignidade e agilidade, sendo estes avaliados mais positivamente pelos homens do que pelas mulheres. Quanto ao nível de escolaridade, associou-se à avaliação das instalações, de modo que os usuários com ensino superior foram mais propensos a relatar uma melhor qualidade das instalações, em relação àqueles com escolaridade relativamente baixa (MOHAMMED et al., 2013).

Na China, a avaliação da responsividade realizada nos serviços de saúde comunitários no ano de 2009, foi associada às variáveis sexo, estado civil, idade, escolaridade, entre outras não estudadas no presente estudo. As diferenças entre os subgrupos populacionais foram ocasionadas por diversas demandas sobre os serviços. Ressalta-se que esclarecer as necessidades específicas das diferentes populações é útil para direcionar à melhoria da responsividade dos serviços (LUO et al., 2013).

Comparativamente, na África do Sul, para os pacientes ambulatoriais, não houve associação do sexo e idade com a responsividade, mas, entre aqueles que estavam hospitalizados, estas variáveis se mostraram associadas à maior responsividade do serviço, sendo que os pacientes com 80 anos e mais velhos e as mulheres internadas atribuíram melhor responsividade (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012), aspecto este que diferiu da presente pesquisa. Cabe esclarecer que participaram do estudo africano pacientes com idade ≥ 50 anos. Contrariando os achados desta investigação, nos serviços de saúde mental do Iran não houve qualquer associação do sexo e dos grupos etários com a responsividade (FOROUZAN et al., 2016).

Destaca-se que estudos de responsividade desenvolvidos no Brasil (HOLLANDA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012a; SHIMIZU et al., 2016) não têm avaliado a relação de associação das variáveis sociodemográficas com os resultados de responsividade, o que dificulta a comparação dos achados da presente pesquisa no âmbito nacional.

De maneira geral, os usuários da UPA avaliaram o ACCR com boa responsividade, o que levanta a hipótese desta estar relacionada ao fato de se tratar de um serviço público, pois os usuários imbuídos de um sentimento de gratidão pela oferta pública do serviço podem avaliar positivamente o mesmo. Além disso, normas de cortesia, como obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de

saúde e ao pesquisador) ou entender que a crítica pode ser um comentário inconveniente, pode resultar em um padrão positivo de resposta à avaliação (ATKINSON; MEDEIROS, 2009).

É preciso considerar que na atenção à saúde há uma série de relações interpessoais entre o usuário e os diferentes profissionais que prestam atendimento: da recepção ao médico (VIEIRA-DA-SILVA, 2014), relações estas que podem interferir nas avaliações que têm como base a percepção dos usuários. Dessa maneira, considera-se neste estudo a possibilidade de viés de gratidão (*gratitude bias*), previsto em pesquisas realizadas em serviços públicos e onde há afinidade estabelecida pelo usuário com os profissionais de saúde.

Outra explicação para a elevada proporção de usuários que avaliam positivamente os serviços de saúde tem sido atribuída ao receio de perder o direito ao serviço. Por isso, a avaliação junto aos usuários deve levar em conta cuidados metodológicos que permitam ao mesmo expressar seu ponto de vista sobre o serviço. Nesse sentido, merecem atenção o momento e o local da entrevista, pois podem interferir com o tipo de resposta dada (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Para evitar esse tipo de viés no presente estudo, sempre que possível, os usuários não eram entrevistados na presença dos profissionais de saúde da UPA, sendo necessário muitas vezes interromper a entrevista quando estes adentravam ao local para realizar algum cuidado à saúde.

Sobre a avaliação da responsividade em serviços de saúde público e privado, na Nigéria, estudo que comparou os resultados entre os dois tipos de serviços mostrou diferenças estaticamente significantes entre eles na avaliação de cada domínio da responsividade, identificando-se que apenas o domínio comunicação foi melhor avaliado no serviço público do que no privado (MOHAMMED et al., 2013). Na África do Sul, de maneira geral, a responsividade foi superior em serviços privados quando comparada àquela identificada nas unidades de saúde públicas (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012). Esses achados revelam que a responsividade pode ser melhor nos serviços privados, se comparada àsquelas evidenciadas nos serviços públicos e instigam a desenvolver esse tipo de estudo comparativo na realidade brasileira, haja vista que os resultados da presente pesquisa divergem dos estudos internacionais (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012; MOHAMMED et al., 2013).

Vieses metodológicos próprios da avaliação de serviços de saúde devem ser considerados, quando o estudo se apoia apenas na subjetividade dos usuários. Contudo, o uso de instrumentos de avaliação

da responsividade pode reduzir parte da subjetividade da avaliação da qualidade dos serviços (COMES et al., 2016), cuidado considerado nesta investigação ao se utilizar um instrumento elaborado para essa finalidade e validado quanto ao conteúdo.

Como limitação desta pesquisa aponta-se o fato da coleta de dados ter sido realizada somente em dias úteis e da amostragem ser não probabilística, a qual possibilitaria à inclusão de sujeitos atípicos à população. Contudo, destaca-se que a amostra representativa permite a generalização dos dados para outros contextos e atribui relevância ao estudo.

CONCLUSÃO

O estudo revela que os usuários da UPA avaliam o serviço com boa responsividade. Os domínios com melhor *performance* de responsividade foram dignidade, comunicação e instalações, respectivamente, enquanto a agilidade apresentou a pior *performance*, seguida do domínio suporte social.

Há evidências de que na UPA a boa responsividade na avaliação do ACCR está associada ao sexo masculino, à idade ≥ 60 anos, àqueles que possuem companheiros (casados e em união estável), que têm nível superior de educação e que estão sendo atendidos na unidade pela primeira vez, sendo esse o perfil dos usuários que parecem ter as suas expectativas melhor atendidas com o ACCR que vem sendo prestado pelo serviço.

Acredita-se que este estudo contribui para dar visibilidade política aos usuários, um ator tradicionalmente pouco considerado na discussão das políticas públicas no país. Ademais, a pesquisa amplia a produção do conhecimento sobre a responsividade dos usuários, um importante aspecto na avaliação dos serviços de saúde.

Como sugestões para estudos futuros, julga-se que seja relevante pesquisas similares em UPAs dos mais variados contextos do país, a fim de avaliar a implantação desse componente pré-hospitalar, da Política Nacional de Atenção às Urgências, sob a perspectiva da responsividade. Ainda, considera-se relevante que os estudos realizados no Brasil busquem identificar a associação entre os subgrupos de usuários e a responsividade atribuída por eles na avaliação dos serviços de saúde, uma vez que os resultados podem contribuir para o planejamento das ações de melhorias.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, S.; MEDEIROS, R. L. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 11, p. 2089-96, jun., 2009.

BAZZAZ, M. M. et al. Health system's responsiveness of inpatients: hospitals of Iran. **Global Journal of Health Science**, Toronto (Canada), v. 7, n. 7, p.106-13, mar., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2011; 8 jul. 2011.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro RJ, v. 21, n. 9, p. 2749-59, set., 2016.

DEAN, A. G.; SULLIVAN, K. M.; SOE, M. M. **OpenEpi**: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. Updated 2013/04/06. Disponível em: www.OpenEpi.com. Accessed 2016/10/10.

EBRAHIMPOUR, H. et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 1, n. 1, p. 85-90, jun. 2013.

FOROUZAN, S. et al. Measuring the mental health-care system responsiveness: results of an outpatient survey in Tehran. **Frontiers in Public Health**, v. 3, 285, 2016.

GONÇALVES, A. V. F.; BIERHALS, C. C. K.; PASKULIN, L. M. G. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 36, n. 3, p. 14-20, jul./set., 2015.

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.

GROMULSKA, L. et al. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny**, v. 65, n. 2, p. 155-64, 2014.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 12, p. 3343-52, dez., 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

KARAMI-TANHA, F. et al. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: evidence from a university hospital. **Archives of Iranian medicine**, v. 17, n. 11, p. 736-40, 2014.

KLEIN, D. P. et al. Análise bibliométrica sobre avaliação de serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, PE, v. 9, n. Supl. 3, p. 7609-14, abr., 2015.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 23, n. 1, p. 265-76, jan./mar., 2014.

LUO, Q. et al. Evaluation of responsiveness of community health services in urban China: a quantitative study in Wuhan city. **PLoS ONE**, v. 8, n. 5, p. e62923, may., 2013.

MISHIMA, S. M. et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, e2673, 2016.

MOHAMMADI, A.; KOOROSH, K. Responsiveness in the healthcare settings: a survey of inpatients. **International Journal of Hospital Research**, v. 3, n. 3, p.123-32, 2014.

MOHAMMED, S. et al. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: users' perspectives. **BMC Health Services Research**, v. 13, 502, 2013.

MORAIS, A. S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário.

Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. Goiânia, GO, v. 15, n. 1, p. 112-20, jan./mar., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>.

MOSALLAM, R. A.; ALY, M. M.; MOHARRAM, A. M. Responsiveness of the health insurance and private systems in Alexandria, Egypt. **Journal of the Egyptian Public Health Association**, v. 88, n. 1, p. 46-51, apr., 2013.

NAJAFI, F. et al. Health system responsiveness after health sector evolution plan (HSEP): an inpatient survey in Kermanshah in 2015. **Medical journal of the Islamic Republic of Iran**, v. 30:387, jun., 2016.

OLIVEIRA, K. K. D. et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 17, n. 1, p. 148-56, jan./mar., 2013a.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de pronto atendimento – upa 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar., 2015a.

PELTZER, K.; PHASWANA-MAFUYA, N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. **Global Health Action**, v. 5: 18545, nov., 2012.

RODRIGUES, A. V. D. et al. Responsividade do serviço de enfermagem na visão do cliente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v.46, n. 6, p. 1446-52, dez., 2012a.

SAJJADI F. et al. Health system responsiveness for outpatient care in people with diabetes Mellitus in Tehran. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, v. 29:293, nov., 2015.

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, P. L. et al. Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 50, n. 3, p. 427-32, mai./jun., 2016.

SHIMIZU, H. E. et al. Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona urbana. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 29, n. 3, p. 332-9, mai./jun., 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

_____. **The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study**. World Health Organization, December 2005.

5.3 MANUSCRITO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: ESTUDO AVALIATIVO

Acolhimento com Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento: estudo avaliativo

Patrícia Madalena Vieira Hermida
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Maria Elena Echevarría-Guanilo

RESUMO

Objetivou-se avaliar a estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva dos profissionais de saúde e gestor de uma Unidade de Pronto Atendimento. Estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido em Santa Catarina. Amostra de 38 participantes entre enfermeiros, médicos e gestor. Os dados foram coletados com instrumento validado e adaptado, constituído por três dimensões (estrutura, processo e resultados) com 21 itens, avaliados por uma escala Likert de cinco pontos. Na análise, aplicou-se a estatística descritiva, o cálculo do *Ranking* Médio e da Pontuação Média. Os resultados mostram que o maior *Ranking* Médio (4,4) foi atribuído à “Priorização dos casos graves” e ao “Atendimento primário por gravidade do caso”, e o menor (2,2), à “Discussão sobre fluxograma”. As dimensões estrutura, processo e resultados obtiveram, respectivamente, as pontuações médias 23,7, 21,6 e 25,4, indicando que foram avaliadas como precárias. Conclui-se que há necessidade de melhorar as três dimensões de avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco e recomenda-se que as melhorias estejam embasadas nas suas diretrizes.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Acolhimento. Enfermagem em emergência.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) foi proposto pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização, como principal estratégia de regulação do atendimento em busca da reorganização e qualificação dos serviços de urgência e emergência.

Entende-se o ACCR como um processo de classificação de risco sistematizado, que tem como base quatro níveis de gravidade e ênfase nas ações de acolhimento do paciente e do seu acompanhante pela equipe de saúde, para a humanização da assistência. Trata-se de uma forma de ressignificar o processo de triagem, que em geral se esgota na recepção do paciente, tornando-o uma ação de inclusão que permeia todos os espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde (INOUE et al., 2015a). Nessa proposta, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, pois é ele o responsável pelo acolhimento, avaliação e classificação de risco do paciente.

Para garantir que esta responsabilidade seja desempenhada privativamente pelo enfermeiro, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) aprovou a Resolução n. 423/2012 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012). Assim, quando o paciente procura o serviço de saúde é acolhido pelo enfermeiro que realiza a escuta qualificada e classifica suas necessidades de saúde por meio de cores, conforme critérios de risco estabelecidos em protocolos.

Os protocolos que sustentam a classificação da gravidade da situação de cada paciente no ACCR são definidos por parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos que podem sofrer alterações, a critério da instituição de saúde (INOUE et al., 2015a). O protocolo que direciona a atuação do enfermeiro, muitas vezes considerado o principal responsável pelo sucesso da classificação de risco, é essencial para guiar a avaliação deste profissional, contudo, sua implantação efetiva depende de uma rede assistencial estruturada e organizada (SOUZA et al., 2014).

No território brasileiro as instituições de saúde públicas e privadas estão desenvolvendo e implantando seus próprios protocolos, embora também ocorra a aplicação desses, desenvolvidos em diversos países, e sendo utilizados na íntegra ou em versões adaptadas, como evidenciam os estudos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; OLIVEIRA et al., 2013b; SILVA et al., 2014). No Brasil os protocolos são implementados no ACCR e no âmbito internacional, na chamada triagem dos serviços de emergência. Contudo, no presente estudo se adota o termo ACCR para discutir sobre a temática no âmbito mundial.

Aponta-se como protocolos mais utilizados atualmente em nível mundial: *Australian Triage Scale*; *Canadian Triage Acuity Scale*; *Emergency Severity Index*; e, *Manchester Triage System*. Eles organizam o atendimento em cinco níveis de prioridade: Vermelho (Emergência); Laranja (Atendimento Muito Urgente); Amarelo (Atendimento Urgente); Verde (Atendimento Pouco Urgente); e, Azul

(Atendimento Não Urgente) (PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

As experiências consolidadas de implementação do ACCR baseado em protocolo direcionador precisam ser avaliadas nas instituições de saúde brasileiras, haja vista as diferentes características dos serviços e contextos locorregionais, a fim de se construir um corpo de conhecimento com capacidade de direcionar as melhorias necessárias ao acolhimento. Nesse sentido, destaca-se que os estudos com foco na avaliação do ACCR estão centrados nos serviços de urgência e emergência hospitalar (VERSA et al., 2014; BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015; COSTA et al., 2015; INOUE et al., 2015a; INOUE et al., 2015b), evidenciando-se, ainda, escassez de pesquisas avaliativas realizadas no cenário das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), aspectos que justificam a relevância de investigações como esta, ora desenvolvida.

Assim, cabe esclarecer que a concepção de avaliação em saúde incorpora o julgamento realizado acerca de uma intervenção sanitária (tal como de uma prática voltada para a resolução de problemas de saúde) e que tem como objetivo aferir o mérito, esforço ou valor dessa intervenção ou do respectivo produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Diante do exposto, e considerando-se a relevância da avaliação da estratégia do ACCR para o seu aperfeiçoamento nos serviços de urgência e emergência, questiona-se: *Como o Acolhimento com Classificação de Risco é avaliado por profissionais de saúde e gestor de uma Unidade de Pronto Atendimento de Santa Catarina?* Assim, o estudo teve como objetivo avaliar a estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva dos profissionais de saúde e gestor de uma Unidade de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da região da Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina. A UPA em questão foi inaugurada no ano de 2012 e é classificada como Porte I. Atende a população do município onde está localizada e também de municípios vizinhos, encaminhados, ou não, pelas Unidades Básicas de Saúde ou de Saúde da Família. Os atendimentos em geral são de baixa complexidade, mas também são atendidas as emergências, inclusive

aquelas encaminhadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A população do estudo compreendeu 41 sujeitos entre enfermeiros, médicos e o gestor da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Adotou-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro, médico ou gestor da UPA, independente do tipo de vínculo empregatício; e, ter no mínimo três meses de atuação na instituição, tempo mínimo considerado necessário para que o profissional tivesse uma vivência que permitisse uma avaliação consistente do ACCR. A escolha dos profissionais médicos e enfermeiros se relaciona ao envolvimento direto destes no ACCR nas instituições de saúde, aspecto que encontra respaldo na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2002) e na Resolução n. 423/2012 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro 2015, a partir do questionário validado “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco” (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b). Como esse questionário se desenvolveu para a avaliação nos serviços de emergência hospitalar, adaptou-se o mesmo no presente estudo para avaliar o ACCR na UPA. Foi solicitada e concedida, por *e-mail*, a autorização dos autores para a utilização do instrumento neste estudo.

O questionário utilizado está baseado nas concepções donabedianas de avaliação de serviços de saúde, sendo organizado em duas partes. A Parte I contempla os dados sociodemográficos dos participantes: sexo; data de nascimento; idade; cor ou raça; estado civil; função; tempo de atuação na UPA; e, ano de formação profissional.

A Parte II, subdividida nas dimensões da tríade donabadiana de avaliação (estrutura, processo e resultado), é composta por 21 itens mensurados por meio de uma escala Likert com pontuação numérica de 1 a 5, que indica o nível de concordância ou de discordância das afirmativas. O número 5 representa concordância máxima (Concordo totalmente) e o 1, concordância mínima (Discordo totalmente). O número 3 da escala é considerado como “indiferente” ou “sem opinião”. Os itens de 1 a 7 avaliam a dimensão Estrutura, de 8 a 14 a dimensão Processo e, de 15 a 21, a dimensão Resultado (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

Sobre as adaptações realizadas no questionário, cabe registrar que sete dos 21 itens foram modificados, sendo que em quatro deles se excluiu o termo “Acolhimento com Classificação de Risco”, e em três, o termo “nesse setor”, pois os profissionais avaliariam o ACCR na UPA

como um todo e não em um setor específico. Nesse sentido, os participantes foram orientados para avaliar o ACCR como uma ação ou prática de inclusão do usuário que ocorre em todos os locais e momentos do atendimento, desde a sua chegada à alta do serviço.

No momento em que os participantes foram convidados para participar do estudo foi entregue a cada um o instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, e solicitado, após orientação, que o mesmo fosse preenchido individualmente e em local privativo da instituição.

Na análise, empregou-se o cálculo do *Ranking* médio (RM) para os itens avaliados (Figura 2). Primeiramente foi necessário inverter (positivar) os valores dos nove itens do instrumento descritos negativamente (itens 3, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 19 e 20). Na sequência, para cada item foi multiplicada a frequência das respostas (fr) pelo respectivo valor da escala (ve) Likert e somados os resultados obtidos. O valor resultante foi dividido pelo número total de respostas do mesmo item (NTi), o que corresponde ao *Ranking* Médio do item (RMi) (INOUE et al., 2015a).

Para analisar as dimensões, utilizou-se o cálculo da Pontuação Média (PM), a partir do somatório do RM dos itens (INOUE et al., 2015a). A PM corresponde à representatividade da dimensão (Figura 2).

Figura 2 – Fórmulas para os cálculos do estudo.

$RMi = \frac{\sum(fr.ve)}{NTi}$	$PM = \sum RMi$
---------------------------------	-----------------

Fonte: elaboração da pesquisadora, 2015.

Na interpretação dos resultados do RM, considerou-se que valores mais próximos a 5 pontos representam maior nível de satisfação dos profissionais e, aqueles mais próximos a 1, menor nível de satisfação (INOUE et al., 2015a). Para a representatividade das dimensões, adotou-se como: *Ótima*, de 31,5 a 35 pontos; *Satisfatória*, de 26,2 a 31,4 pontos; *Precária*, de 17,5 a 26,1 pontos; e; *Insuficiente*, de 7 a 17,4 pontos (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b). Assim, a partir do RM de cada item é possível avaliar o nível de satisfação dos profissionais com o respectivo item, e considerando-se a PM de cada dimensão é possível evidenciar a representatividade destas.

Os dados coletados foram organizados e processados no *Software Epi Info*TM versão 3.5.2, por meio de estatística descritiva

(frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão). A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Parecer n. 1.048.858, CAAE: 43555715.8.0000.0121, seguiu as recomendações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 41 potenciais participantes, três se negaram a participar do estudo. Desta maneira, a amostra foi constituída por 38 profissionais atuantes na UPA, sendo a maioria médicos (n=26; 68,5%). Houve predomínio do sexo feminino (n=21; 55,3%), da cor ou raça branca (n=35; 92,2%) e de solteiros (n=21; 55,3%). Quanto à idade, metade (n=19; 50%) tinha entre 30 e 39 anos. Em relação ao tempo de atuação na UPA se destacou aqueles participantes com menos de um ano (n=16; 42,1%). A maioria concluiu o curso de graduação de 2 a 8 anos (n=20; 52,7%) (Tabela 12)..

Tabela 12 – Características dos participantes. Florianópolis, SC, Brasil, 2015. (n=38)

Variável	n	%
Categoria profissional		
Médico	26	68,5
Enfermeiro	11	28,9
Gestor	1	2,6
Sexo		
Feminino	21	55,3
Masculino	17	44,7
Faixa etária (anos)*		
< 30	9	23,7
30-39	19	50,0
40-49	7	18,4
50-59	2	5,3
>60	1	2,6
Cor ou Raça**		
Branca	35	92,2
Amarela	1	2,6
Parda	1	2,6
Preta	1	2,6
Estado civil		

Solteiro	21	55,3
Casado	12	31,6
Divorciado	3	7,9
União estável	2	5,2
Tempo de atuação na UPA (em anos)		
< 1	16	42,1
1	7	18,4
≥ 2	15	39,5
Tempo de conclusão da graduação (em anos)		
< 2	7	18,4
2-8	20	52,7
≥ 8	11	28,9

*Média = 35,7 e Desvio-padrão = 8,9

**Fonte da classificação Cor ou Raça: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011).

A avaliação do ACCR é apresentada de acordo com o RM e respectiva representatividade da dimensão. Na avaliação de cada item, aqueles avaliados com maior RM foram: Priorização dos casos graves (RM=4,4); Atendimento primário por gravidade do caso (RM=4,4); Avaliação dos casos não graves (RM=4,1); e, Ambiência acolhedora (RM=4,1) (Tabela 13).

Os itens com menor RM na avaliação dos participantes foram, na sequência: Discussão sobre fluxograma (RM=2,2); Reavaliação dos casos em espera (RM=2,4); Treinamento periódico (RM=2,5); Contrarreferência (RM=2,6); Conhecimento das condutas do ACCR (RM=2,9); e, Relação entre liderança/liderados (RM=2,9). Destaca-se ainda que dos 21 itens avaliados, 11 (52,4%) tiveram RM entre 3 e 4 pontos, e nenhum deles apresentou RM de pontuação máxima (5 pontos).

Entre as dimensões donabediana, aquela que recebeu menor PM foi a dimensão Processo, mas todas foram avaliadas como Precárias, considerando-se o critério de representatividade (Tabela 13).

Tabela 13 – Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Item – Dimensão	RM	Representatividade
Dimensão Estrutura (PM)	23,7	Precária
Conforto do usuário/acompanhante	3,6	
Ambiência acolhedora	4,1	
Treinamento periódico	2,5	
Privacidade nas consultas	3,9	
Acolhimento do acompanhante	3,4	
Sinalização do ambiente	3,1	
Comunicação entre a equipe	3,1	
Dimensão Processo (PM)	21,6	Precária
Segurança e conforto do usuário	3,7	
Avaliação dos casos não graves	4,1	
Conhecimento das condutas do ACCR	2,9	
Relação entre liderança/liderados	2,9	
Discussão sobre fluxograma	2,2	
Equipe treinada	3,4	
Reavaliação dos casos em espera	2,4	
Dimensão Resultado (PM)	25,4	Precária
Atendimento primário por gravidade do caso	4,4	
Humanização do atendimento	3,4	
Integração na equipe de saúde	3,4	
Informação sobre o tempo de espera	3,6	
Priorização dos casos graves	4,4	
Contrarreferência	2,6	
Satisfação com resultados do ACCR	3,6	

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

DISCUSSÃO

O número expressivo de itens com *Ranking* Médio pontuando entre 3 e 4, sugere uma neutralidade na avaliação dos participantes acerca da execução ou existência dos itens avaliados, o que pode estar relacionado ao fato destes não conhecerem em profundidade o ACCR implementado no serviço, uma vez que parcela significativa atua na UPA há menos de 1 ano. Estudo desenvolvido no setor de emergências hospitalares evidenciou resultado semelhante, haja vista que, de modo geral, o RM de todos os itens avaliados sobre o ACCR foi em torno de 3 e 4 pontos (INOUE et al., 2015a).

Foi possível observar que, dos 21 itens avaliados, apenas quatro apresentaram RM com valores mais próximos a cinco pontos, representando maior nível de satisfação dos profissionais: ambiência acolhedora; avaliação dos casos não graves; atendimento primário por gravidade do caso; e, priorização dos casos graves. Esses dados merecem destaque em decorrência do que podem representar no estado de saúde e de recuperação do paciente, especialmente daquele considerado grave, uma vez que o atendimento primário por gravidade e a priorização dos casos graves podem impactar positivamente na morbimortalidade.

Nesse sentido, pesquisa realizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, cujo objetivo foi avaliar a relação entre a estratificação pela classificação de risco, mortalidade e permanência hospitalar, identificou uma relação direta entre a gravidade da classificação dos pacientes e o tempo de internação no hospital. O estudo concluiu que o sistema de classificação de risco utilizado foi um bom preditor para o risco de óbito e permanência hospitalar (GONÇALES et al., 2015).

No estado de São Paulo, investigação que buscou identificar a associação entre a variável categorias de triagem com desfechos do protocolo desenvolvido no hospital revela que pacientes com alta prioridade apresentaram taxa de internação e óbito cinco e 10,6 vezes maior, respectivamente. O estudo concluiu que o grupo de maior prioridade se associou a maiores taxas de internação e óbitos (BECKER et al., 2015). Esses achados reforçam a relevância da priorização dos casos graves e do atendimento primário por gravidade do caso, os quais foram avaliados positivamente pelos participantes deste estudo.

Quanto à avaliação dos casos não graves, na Suécia se constatou a necessidade dos enfermeiros da emergência pré-hospitalar serem capazes de avaliar e classificar os pacientes para o nível de cuidado mais adequado, pois inúmeros pacientes que procuram pelo Serviço de Emergências Médicas acabam em um nível de cuidado considerado não ideal (NORBERG et al., 2015). No presente estudo, embora os participantes tenham concordado que realizam a avaliação dos casos não graves, questiona-se a qualidade dessa avaliação uma vez que itens que poderiam subsidiar essa atividade apresentaram discordância entre os participantes, como: treinamento periódico; conhecimento das condutas do ACCR; e, discussão sobre fluxograma. Esses aspectos podem comprometer ainda mais a avaliação dos casos se considerado o percentual de profissionais com tempo de atuação na UPA menor de um ano.

No estado de Minas Gerais, em um estudo desenvolvido na UPA, os enfermeiros apontaram a experiência profissional como um importante pré-requisito para o enfermeiro classificador, além de outras habilidades, embora não sejam exigidas experiência profissional e especialização para o desempenho deste papel (SOUZA et al., 2014).

Em Taiwan, estudo concluiu que a tomada de decisões na classificação de risco é afetada pela experiência dos enfermeiros, pelo estado de saúde dos pacientes e ambiente externo, sendo necessário garantir a privacidade do paciente, melhorando a capacidade de pensamento crítico dos enfermeiros. Constatou-se que o ambiente aberto da área de classificação de risco desencoraja os pacientes a falar com detalhes sobre sua necessidade de saúde. Já, um ambiente privativo adequado pode permitir a ele contar isso de forma livre e, à enfermeira, recolher informações precisas. Assim, sugere-se que o projeto arquitetônico dessa área considere a confidencialidade do paciente (CHANG et al., 2016). No presente estudo, a ambiência acolhedora e a privacidade na consulta são aspectos que indicam favorecer a avaliação realizada pelo enfermeiro no ACCR.

Na avaliação dos 21 itens sobre o ACCR seis se destacaram por obter RM com pontuações mais baixas (inferior a 3), indicando discordância dos participantes e menor nível de satisfação. Quatro desses itens compõem a dimensão Processo, apenas um, a dimensão Estrutura, e outro, a dimensão Resultado. Chama a atenção que a maioria desses itens envolve ou se relaciona mais diretamente à gerência do cuidado: treinamento periódico; conhecimento das condutas do acolhimento; relação entre lideranças/liderados; e, discussão sobre fluxograma. Isso sinaliza fragilidades em relação à gerência desse cuidado, as quais precisam ser melhor investigadas com o objetivo de se conhecer os motivos que as sustentam e para que se canalizem medidas de melhoria.

Pesquisa realizada em uma UPA de Divinópolis, estado de Minas Gerais, acerca da percepção dos enfermeiros em relação à classificação de risco, apontou a necessidade da criação de espaços de discussão entre os profissionais, de modo a permitir reflexões sobre as relações de trabalho, os desafios existentes e identificar soluções para os problemas, uma vez que a prática do enfermeiro sofre influência de questões estruturais e de gestão complexas, que extrapolam o seu poder de governabilidade e resolutividade (SOUZA et al., 2014).

A implementação do ACCR demanda ampla e profunda qualificação de todos os trabalhadores do serviço de urgência e emergência envolvidos no processo (WEYKAMP et al., 2015).

Especificamente em relação ao treinamento nas UPAs, em estudo desenvolvido em Florianópolis, Santa Catarina, revelou-se que as condições facilitadoras à gerência na prática do enfermeiro são voltadas para o trabalho da equipe, enfatizando as relações interpessoais. Assim, a importância conferida às capacitações profissionais foi apontada como condição facilitadora à gerência, trazendo à tona a necessidade de capacitações relacionadas ao processo de trabalho nesse cenário do cuidado (OLIVEIRA et al., 2015b).

Na Austrália, na emergência de um hospital público de ensino, identificou-se os problemas e as potenciais vulnerabilidades do processo de classificação de risco, dentre os quais estão aqueles relacionados aos diferentes níveis de competência dos enfermeiros: a inexperiência; a educação limitada para essa atividade; e, os erros da mesma. De acordo com o estudo, educação, conhecimento e experiência dos enfermeiros são essenciais no processo de classificação de risco para evitar consequências adversas no cuidado prestado (HITCHCOCK et al., 2014). Isso reforça a relevância de treinamentos periódicos nos serviços de emergência, a exemplo das UPAs brasileiras, no que se refere à avaliação e classificação de risco dos pacientes.

Quanto à avaliação do item discussão sobre o fluxograma merece destaque nesta análise, pois a prioridade clínica estabelecida pela classificação do risco do paciente requer do enfermeiro classificador pleno domínio dessa ferramenta. Quando o enfermeiro não possui conhecimento suficiente desse recurso, pode subestimar ou superestimar o risco na avaliação do paciente com repercussões que podem variar de complicações à morte, o que justifica as discussões sobre o fluxograma na prática clínica.

Os fluxogramas contêm discriminadores gerais e específicos, entendidos como sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades possíveis. Os discriminadores gerais se aplicam a todos os pacientes, independente das condições que apresentam, enquanto, os específicos são aplicados para casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características chaves de condições particulares. Assim, determinar a prioridade clínica exige a busca por informações suficientes para alocar o doente em uma das categorias da classificação de risco, a qual estabelece o prazo máximo para a avaliação do paciente pelo médico (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A reavaliação dos casos em espera e a contrarreferência, que incluem os itens avaliados com baixa pontuação de RM, encontram

resultados semelhantes na avaliação do ACCR em uma pesquisa desenvolvida com profissionais de enfermagem de serviços de emergência hospitalar do estado do Paraná. Em relação ao primeiro item, o estudo sugere um trabalho de orientação aos enfermeiros que realizam o ACCR para sensibilizá-los sobre a importância de observar a evolução dos casos que aguardam atendimento médico (INOUE et al., 2015a).

Investigação realizada em emergências hospitalares dos estados de São Paulo e Paraná, com profissionais de diferentes categorias, corrobora que a reavaliação dos pacientes que aguardam por atendimento médico não ocorre como deveria. Contudo, vale reforçar que uma vez realizada a classificação de risco, enquanto aguarda pelo atendimento médico em local específico, o paciente deve ser reavaliado periodicamente pelo enfermeiro (BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015).

Quanto à contrarreferência, aponta-se a relevância de aprofundar as discussões acerca dos motivos de insatisfação dos profissionais com o sistema de referência e contrarreferência, que pressupõem fragilidades na atenção primária e falta de integração na rede assistencial (INOUE et al., 2015a). A articulação da UPA com os demais níveis de atenção não segue exatamente o que é preconizado pela PNAU (OLIVEIRA et al., 2015a), sendo precária essa articulação entre a UPA e a atenção básica (DURO et al., 2014).

Para que a proposta do ACCR se torne conhecida por todos os profissionais envolvidos, com conseqüente encaminhamento adequado dos usuários, é importante que haja discussões entre gestores da rede e do serviço de urgência e emergência, com estabelecimento de pactos de referência e contrarreferência com o serviço (WEYKAMP et al., 2015). Quando não há contrarreferência ou esta ocorre inadequadamente, a continuidade da assistência e o atendimento na UPA podem ficar comprometidos, gerando superlotação no serviço, aumento do tempo de espera e insatisfação entre os usuários e os profissionais. Pesquisa reforça que o número elevado de usuários com quadros clínicos considerados não urgentes aumenta a espera para consulta médica na UPA e contribui para a superlotação, que causa inquietação nos usuários (DURO et al., 2014).

No presente estudo, a representatividade classificada como Precária na avaliação das dimensões donabedianas sinaliza a necessidade de melhorias na implementação do ACCR relacionadas à Estrutura, Processo e Resultados, o que foi evidenciado em outras pesquisas no ambiente hospitalar de emergência (VERSA et al., 2014; COSTA et al., 2015; INOUE et al., 2015a; INOUE et al., 2015b), nas

quais as dimensões Estrutura e Processo receberam pontuação média mais baixa, assim como neste estudo, indicando que requerem especial atenção para a efetivação do ACCR.

Este estudo corrobora achados de outras avaliações do ACCR realizadas no cenário das emergências hospitalares (BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015; COSTA et al., 2015; INOUE et al., 2015a), e apresenta os aspectos do ACCR que foram avaliados mais positivamente e aqueles que precisam de melhorias para que a assistência às urgências e emergências seja cada vez mais qualificada, baseada nas diretrizes do ACCR propostas pelo Ministério da Saúde.

CONCLUSÕES

As três dimensões donabedianas (Estrutura, Processo e Resultado) foram avaliadas como Precárias, com destaque para a dimensão Processo que obteve a avaliação mais negativa. Nessa dimensão, a discussão sobre o fluxograma do Acolhimento com Classificação de Risco apontou a maior discordância dos participantes, indicando o menor nível de satisfação dos mesmos. Isso requer reflexão sobre a gerência do cuidado, haja vista que esta pode atuar nas ações de melhoria.

Os aspectos melhor avaliados no Acolhimento com Classificação de Risco constituem a dimensão resultado: o atendimento primário por gravidade do caso; e, a priorização dos casos graves. Deste modo, reforça-se o importante papel do enfermeiro especialmente na avaliação e classificação de risco do usuário que procura pelo atendimento de emergência. Entretanto, considerando-se o impacto positivo que estes aspectos podem representar à saúde da população, faz-se necessária à busca de um nível de satisfação ainda maior.

A quantidade de participantes e o fato dos mesmos pertencerem a apenas uma Unidade de Pronto Atendimento podem-se apresentar como limitações do estudo em relação à generalização dos resultados. Ademais, embora tenha-se utilizado como critério de inclusão a atuação na UPA por no mínimo três meses, isso pode ter limitado a avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, considerando-se os aspectos avaliados com pontuação que tenderam à neutralidade. Contudo, destaca-se na pesquisa o fato da mesma levar em conta a opinião de diferentes categorias profissionais envolvidas no Acolhimento com Classificação de Risco.

Sugere-se que esta avaliação seja considerada pela equipe e gestão local e municipal, a fim de melhorar o Acolhimento com

Classificação de Risco com base nas suas diretrizes. Para os futuros estudos, recomenda-se que sejam incorporadas outras abordagens de pesquisa, como a qualitativa, visando aprofundar no conhecimento dos fatores que contribuem para as inadequações no Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Pronto Atendimento.

REFERÊNCIAS

BECKER, J. B. et al. Triage no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 49, n. 5, p. 783-9, out., 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 751-7, set./out., 2012b.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 1, p. 82-7, jan./fev., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União** 2002; 12 nov. 2002.

CHANG, W. et al. Using the five-level Taiwan Triage and Acuity Scale Computerized System: factors in decision making by emergency department triage nurses. **Clinical Nursing Research**, v., n., p. 1-16, mar., 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº. 423/2012. **Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 06 maio 2013.

COSTA, M. A. R. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 491-7, jul./set., 2015.

COUTINHO, A. A. P.; CECILIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da

literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v. 22, n. 2, p. 188-98, abr./jun., 2012.

DURO, C. L. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, CE, v. 15, n. 3, p. 447-54, mai./jun., 2014.

GONÇALVES, P. C. et al. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 424-31, sep./dec., 2015.

HITCHCOCK, M. et al. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 70, n. 7, p. 1532-41, jul., 2014.

INOUE, K. C. et al. Avaliação da qualidade da classificação de risco nos serviços de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 28, n. 5, p. 420-5, set./out., 2015a.

_____. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 19, n. 1, p. 13-20, jan./mar., 2015b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

NORBERG, G. et al. Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: retrospective patient record study. **Scandinavian journal of primary health care**, Oslo, v. 33, n. 4, p. 311-7, dec., 2015.

OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 2, p. 500-6, mar./abr., 2013b.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar., 2015a.

OLIVEIRA, R. J. T. et al. Care management in nursing within emergency care units. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 405-14, sep./dec., 2015b.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 20, n. 6, p. 1041-7, nov./dez., 2012.

SILVA, M. F. N. et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 22, n. 2, p. 218-25, mar./abr., 2014.

SOUZA, C. C. et al. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín (Colombia), v. 32, n. 1, p. 78-86, jan./apr., 2014.

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 35, n. 3, p. 21-8, set., 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WEYKAMP, J. M. et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, CE, v. 16, n. 3, p. 327-36, mai./jun., 2015.

5.4 MANUSCRITO 4 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Unidade de Pronto Atendimento e o sistema de referência e contrarreferência: facilidades e dificuldades

Patrícia Madalena Vieira Hermida
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Maria Elena Echevarría-Guanilo

RESUMO

Objetivou-se descrever as facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento na perspectiva dos profissionais de saúde. Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em um município de Santa Catarina. Participaram sete enfermeiros e 23 médicos, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram organizados no *Software QualiquantiSoft* e analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Como resultados emergiram nos discursos que as facilidades da referência estão relacionadas à existência de serviços hospitalares especializados, ao envio de ambulância de suporte avançado para os casos graves e às características do gestor da UPA e do médico do hospital, enquanto na contrarreferência correspondem às estratégias de comunicação. As boas relações interpessoais entre os serviços facilitam tanto a referência como a contrarreferência. Sobre as dificuldades, na referência envolvem questões relativas à vaga/leito hospitalar e o transporte para a transferência do usuário, e na contrarreferência, às deficiências da rede básica. As dificuldades do sistema de referência e contrarreferência foram mais representativas do que as facilidades, indicando que são expressivos os desafios em busca da integralidade na atenção às urgências.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Avaliação de serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Referência e consulta.

INTRODUÇÃO

A compreensão do sistema de referência e contrarreferência, de que trata este estudo, passa necessariamente pelo princípio doutrinário da Integralidade, do Sistema Único de Saúde (SUS), respaldado na

Constituição Federal de 1988. Esse princípio, articulador dos níveis de complexidade do sistema de saúde, aglutina as ações assistenciais e preventivas em todos os âmbitos de assistência à saúde, do primário ao terciário (MACEDO; MARTIN, 2014).

Na busca da integralidade dessa articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, o sistema de saúde brasileiro passou a se organizar em Redes de Atenção à Saúde (RAS), dentre as quais se destaca a Rede de Urgências e Emergências (RUE), pela sua ligação com a temática desta pesquisa.

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde buscam oferecer uma estrutura mais adequada à integralidade da atenção. A relação entre os níveis de atenção da rede assistencial é um aspecto importante, razão pela qual a mesma não deve seguir o modelo piramidal de articulação entre os diferentes níveis de prestação do cuidado, que geralmente situa os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente, da base para o topo. Nesse modelo de relação os clássicos instrumentos de referência e contrarreferência se mostram inadequados, isso porque os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de dependência (SILVA, 2011).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), como componente da RUE, devem ter o compromisso com a integralidade da assistência à saúde, garantindo a continuidade do cuidado tão necessária na resolutividade dos problemas de saúde da população, muitas vezes complexos. Nesse sentido, um sistema de referência e contrarreferência bem pactuado e estruturado deve ser implantado dentro do próprio município e fora dele, quando necessário. Contudo, os serviços de saúde sinalizam o mau funcionamento desse sistema, com prejuízos à população que não tem garantido o seu direito a uma saúde integral.

No interior de São Paulo, estudo realizado no serviço de pronto atendimento corrobora a fragilidade no sistema de referência e contrarreferência, sendo este incapaz de prestar atenção integral aos usuários (GARCIA; REIS, 2014). No Paraná, foi evidenciada uma integração parcial das UPAs com as RAS, principalmente com a Rede de Urgência, pois existem dificuldades estruturais de referência e contrarreferência dos usuários na macrorregião (UCHIMURA et al., 2015).

Cabe esclarecer que as UPAs são classificadas por Porte, de acordo com a população da área de abrangência. Desse modo, define-se como UPA de Porte I, II e III aquelas cuja área de abrangência

corresponde a uma população de 50 a 100 mil habitantes, de 100.001 a 200 mil habitantes e de 200.001 a 300 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2014).

Diante do exposto e considerando a relevância das pesquisas sobre o sistema de referência e contrarreferência para a consolidação do princípio da integralidade do SUS e da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), este estudo teve como objetivo descrever as facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência em uma Unidade de Pronto Atendimento na perspectiva dos profissionais de saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento de um município da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina. A UPA, inaugurada em 2012 e classificada como Porte I, foi selecionada de modo a escolher uma experiência consolidada de implantação desse tipo de serviço, sendo considerados como critérios de seleção o tempo de funcionamento mínimo de dois anos, bem como a comprovada qualificação da instituição por meio de Portaria Ministerial.

Para resgatar as ideias socialmente compartilhadas e conhecer o *quanto* elas se repetem entre os participantes do estudo, ou seja, resgatar todas as ideias existentes e não apenas as que são mais presentes (LEFRÉVE; LEFRÉVE, 2012), todos os profissionais (enfermeiros e médicos) que atuaram na UPA durante o período de coleta de dados, bem como o gestor do serviço foram convidados a participar desta investigação, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão.

Considerou-se como critérios de inclusão no estudo: ser gestor, enfermeiro e médico da UPA, independente do tipo de vínculo empregatício, com no mínimo três meses de atuação na instituição, tempo considerado necessário para conhecer a organização do serviço em relação à referência e contrarreferência dos usuários. Excluiu-se os profissionais em férias, licença ou afastamento na ocasião da coleta de dados. Também foram excluídos os enfermeiros que atuavam apenas na classificação de risco, pois se entende que estes não conhecem a participação da UPA no sistema de referência e contrarreferência e por isso não seriam bons informantes ao estudo. Assim, de uma população de um gestor, 10 enfermeiros e 24 médicos que trabalham na UPA, participaram do estudo 30 profissionais, sendo sete enfermeiros e 23 médicos. Não participaram o gestor, devido férias e licença, e quatro

profissionais, um por afastamento, outro por recusa e dois por atuarem apenas na classificação de risco.

A coleta de dados foi realizada no período de 8 de novembro de 2015 a 21 de fevereiro de 2016, por meio de entrevista individual semiestruturada. Para as entrevistas, contou-se com um roteiro que contempla dados relacionados à identificação da UPA e do entrevistado; breve contextualização acerca do tema foco da entrevista, que visa imergir os participantes na proposta investigada; e, duas questões norteadoras sobre o sistema de referência e contrarreferência na UPA.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, na própria UPA, em local privativo, de comum acordo com os participantes e, após gravadas, foram transcritas na íntegra pela mesma. A realização das entrevistas com todos os profissionais que obedeceram aos critérios de elegibilidade foi o aspecto considerado para o término da coleta de dados.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012), que utiliza os depoimentos como base para extrair, pela análise do seu conteúdo, os sentidos ou significados neles incorporados. A técnica consiste em quatro operações ou figuras metodológicas: Expressões Chaves (ECH); Ideias Centrais (Ic); Ancoragem (AC); e, DSC propriamente dito.

No processo de análise, primeiramente foram identificadas as ECH de cada um dos depoimentos, as quais são definidas como trechos ou segmentos do discurso, contínuos ou não, selecionados pelo pesquisador por possuir a essência do conteúdo do depoimento. Em seguida, definiu-se as Ic, entendidas como o nome ou expressão linguística que descreve de maneira sintética e precisa o sentido de cada conjunto homogêneo de ECH. As Ic semelhantes foram agrupadas em uma única. Por último, construiu-se os DSC, a partir da reunião, em um único discurso/síntese, de ECH que tem a mesma Ic. Os discursos foram redigidos na primeira pessoa do singular e elaborados para cada uma das Ic identificadas. A AC é entendida como a expressão de uma teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está incorporada a tal discurso como se fosse uma afirmativa qualquer (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012). Essa figura metodológica não foi identificada nos depoimentos.

A dimensão qualitativa de cada DSC ou depoimento coletivo veicula uma determinada opinião, enquanto que a dimensão quantitativa é representada pelo número ou percentual de depoimentos individuais que contribuíram para a sua construção, a partir das ECH. Essa dimensão permite conhecer o grau de compartilhamento das

representações sociais entre a população pesquisada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Foram empregados na análise dos depoimentos os procedimentos metodológicos qualitativo e quantitativo do DSC. Neste último os participantes foram identificados pela letra “E” (entrevistado) ao final de cada discurso, seguida pelo número que representa a sequência de realização das entrevistas (E1, E2,... E30). Para a organização e o processamento dos dados se utilizou o *Software QualiquantiSoft* do Discurso do Sujeito Coletivo versão 1.3c.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob Parecer n. 1.048.858, CAAE 43555715.8.0000.0121, e seguiu as recomendações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados de caracterização dos participantes são apresentados de maneira descritiva, assim como aqueles referentes às facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência, também representados por Figuras.

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 30 profissionais entre médicos (n=23; 76,7%) e enfermeiros (n=7; 23,3%) que trabalham na UPA. Predominou os profissionais de sexo feminino (n=16; 53,3%), sendo que na categoria médica houve maior participação do sexo masculino (n=14; 46,7%). A frequência mais elevada de participantes foi na faixa etária de 31 a 40 anos (n=13; 43,4%), representada por nove médicos (30,0%) e quatro enfermeiros (13,4%).

Em relação ao tempo de atuação na UPA, predominou os profissionais, tanto médicos como enfermeiros, com dois ou mais anos de trabalho no local, representados por 53,3% (n=16) deles. Metade (n=15; 50%) concluiu de dois a oito anos o curso de graduação em enfermagem ou medicina e a maioria (n=18; 60%) possui alguma formação complementar, destacando-se as Residências e Especializações.

As características dos participantes, comparativamente, diferem daquelas identificadas na pesquisa desenvolvida com médicos e enfermeiros das UPAs do Rio de Janeiro, na qual predominou: sexo

feminino e idade até 30 anos tanto em relação aos médicos como enfermeiros; tempo de formação dos médicos de até dois anos. O número de enfermeiros com formação complementar nos níveis de residência e especialização foi superior e o de médicos semelhante (MACHADO et al., 2016a), o que no presente estudo corresponde, respectivamente, a 16,7% e 43,3%.

Constatou-se que 83,3% (n=24) dos médicos e enfermeiros trabalham em um ou mais locais além da UPA, sendo que dos enfermeiros (n=4; 13,3%), dois (6,7%) atuam em hospitais; um (3,3%), em escola de formação profissional; e outro (3,3%), na Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre os médicos que trabalham em outros estabelecimentos (n=21; 70%), 10 (33,3%) atuam em hospitais públicos e/ou privados; sete (23,3%), em consultórios e/ou clínicas particulares; três (10%), no Exército, Força Aérea ou Marinha do Brasil; dois (6,7%), no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); dois (6,7%), na ESF; e dois (6,7%), ou no Ministério Público do Trabalho, Universidade ou Fundação. Ressalta-se ainda que 10 (33,3%) médicos possuem no mínimo dois locais de trabalho, excluindo-se a UPA, diferente dos enfermeiros que têm no máximo um vínculo a mais de trabalho (n=4; 13,3%), além da UPA.

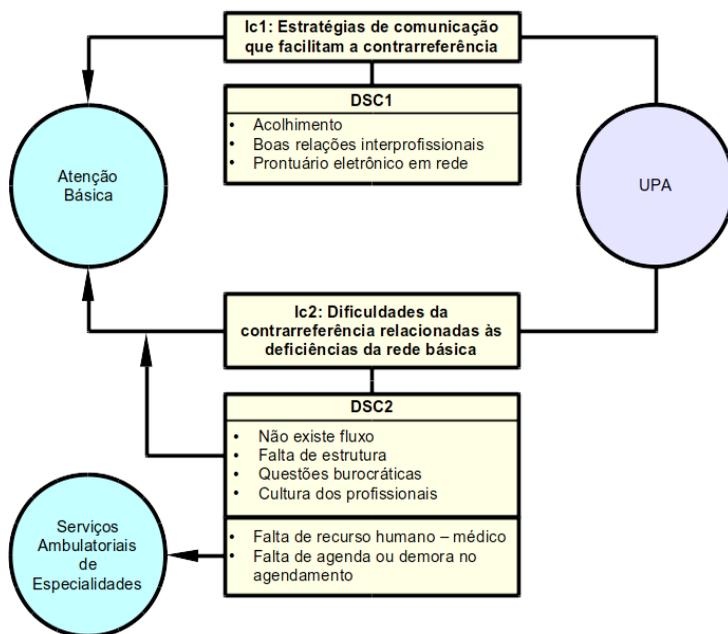
Algumas características que predominaram nos profissionais que participaram deste estudo podem ser favoráveis à pesquisa na elucidação da organização do sistema de referência e contrarreferência, objeto de estudo, com destaque à faixa etária de 31 a 40 anos, tempo de atuação na UPA de dois a quatro anos, tempo de conclusão da graduação de pelo menos dois anos, possuir formação complementar e trabalhar em outros serviços, isso porque essas características podem contribuir para uma visão mais ampliada do sistema, a partir das experiências teórico-práticas destes profissionais.

Sistema de referência e contrarreferência: facilidades e dificuldades

Dos depoimentos dos profissionais emergiram cinco discursos referentes às facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência com suas respectivas Ic. O primeiro e segundo discursos (DSC1 e DSC2) são relativos à contrarreferência, enquanto o terceiro, quarto e quinto discursos (DSC3, DSC4 e DSC5) estão vinculados à referência.

Na Figura 3, é possível visualizar, de maneira esquemática, as facilidades e dificuldades na contrarreferência, conforme os DSC1 e DSC2.

Figura 3 – Facilidades e dificuldades na contrarreferência dos usuários na UPA. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016.



Fonte: elaboração da pesquisadora, 2015-2016.

O DSC1 se constituiu dos depoimentos de nove participantes (30%), sendo o discurso menos representativo. Trata das facilidades identificadas pelos profissionais da UPA ao realizar a contrarreferência dos usuários para a atenção básica, facilidades que são entendidas como estratégias de comunicação existentes na própria Unidade Básica de saúde (UBS) – o acolhimento, ou entre ambos os serviços, UBS e UPA – como as boas relações interprofissionais e o prontuário eletrônico em rede (Figura 3).

Ic1: Estratégias de comunicação que facilitam a contrarreferência – acolhimento, boas relações interprofissionais e prontuário eletrônico em rede

DSC1: Considero como facilidade da contrarreferência a própria forma como a Estratégia de Saúde da Família trabalha, que se propõe a acolher o paciente, a equipe tem esse espírito [...] Outra facilidade, para

mim, é a gente conhecer, ter bons contatos com o pessoal. Ter contato facilita tudo [...] Uma grande vantagem, é o nosso sistema que é todo integrado, a UPA e as Unidades Básicas têm um programa que funciona muito bem, via internet, a gente consegue tanto acessar o que o posto escreveu no prontuário eletrônico como eles conseguem ver qual foi a conduta aqui, então tudo o que eu anotar, evoluir aqui, vai cair na Unidade Básica e o profissional lá vai conseguir ver o que aconteceu, que medicações foram usadas e a partir daí tomar uma conduta. É uma facilidade o prontuário eletrônico, ele agiliza muito o nosso rendimento, não é caro e o ganho pro paciente é muito grande [...] Quando o paciente é do município, facilita pelo fato do sistema ser o mesmo. (E6, E13, E16, E18, E19, E22, E25, E29, E30)

Na análise deste discurso, o acolhimento realizado na atenção básica (AB) pode ser entendido como uma estratégia de comunicação que facilita a contrarreferência do usuário atendido na UPA à medida que este tem as suas necessidades atendidas pela equipe de saúde, a depender do problema apresentado.

Nesse sentido, defende-se o acolhimento como um espaço potente para humanização dos serviços de saúde, mediante a escuta qualificada do usuário, identificação das suas necessidades e um trabalho realizado em equipe para a resolução do seu problema. Mas, destaca-se a necessidade dos enfermeiros reconhecerem o acolher para além do modelo biológico e do procedimento, priorizando o cuidado relacional (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Na presente pesquisa, os participantes destacaram o atendimento às demandas de procedimentos e de consultas médicas por meio do acolhimento. Contudo, o mesmo deve ser melhor explorado, no sentido de promover o vínculo com o usuário na AB, em busca da continuidade do cuidado, o que poderá contribuir para que o mesmo não procure a UPA com queixas que poderiam ser resolvidas na AB, como evidenciado no DSC2. Em Campinas, São Paulo, uma investigação também revela que, no cotidiano do enfermeiro da AB, o acolhimento se caracteriza por atendimentos pontuais, fragmentados e direcionados à queixa (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

No entanto, na perspectiva das boas práticas, o acolhimento se converte em um ponto de intersecção entre diferentes sujeitos e as práticas de cuidado na AB, desdobrando-se em dimensões, como: diálogo; postura; e, reorganização dos serviços. Assim, o acolhimento desencadeia transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos espaços de cuidado e no âmbito organizacional dos

serviços de saúde (GUERRERO et al., 2013), e pode facilitar a contrarreferência dos usuários para a AB, como apontado no primeiro discurso.

No município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, os profissionais corroboram a fala dos participantes deste estudo quando apontam o acolhimento como aspecto inerente ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se o mesmo uma ferramenta fundamental no atendimento dos usuários e que vai ao encontro aos preceitos da ESF em busca da assistência integral (MACHADO et al., 2016b).

Em relação ao prontuário eletrônico, trata-se de uma ferramenta que pode facilitar a intercomunicação nos pontos de atenção (GONÇALVES et al., 2013), aspecto que emergiu no presente estudo, especialmente quando no DSC1 os profissionais da UPA apontaram que o prontuário eletrônico em rede facilita o acompanhamento do paciente na Unidade Básica de Saúde. Todavia, ele está interligado apenas nos serviços de saúde do próprio município onde a UPA está situada, constituindo então uma estratégia que facilita a contrarreferência local. O sistema eletrônico de prontuário utilizado no município é denominado Tríplice Registro Eletrônico de Saúde (Tríplice RES).

Em Montes Claros, Minas Gerais, o prontuário eletrônico não é utilizado nas Unidades Básicas de Saúde (GONÇALVES et al., 2013) e em uma região de saúde que abrange 19 municípios da Bahia, identificou-se a ausência de prontuários eletrônicos em todos os estabelecimentos de saúde, sendo o usuário, na maioria das vezes, o principal interlocutor da informação entre os diferentes níveis de atenção, o que contribui para uma comunicação precária entre eles e quebra de continuidade no cuidado (SANTOS; GIOVANELLA, 2016a).

Entretanto, destaca-se que a implantação de prontuário eletrônico em todo o território nacional é um passo importante em direção à melhoria na qualidade da assistência (GONÇALVES et al., 2013), uma vez que o registro eletrônico de saúde tem potencial para melhorar o atendimento ao usuário e a gestão clínica (NGUYEN; BELLUCCI; NGUYEN, 2014).

Estudo australiano de revisão sistemática revela que a adoção do registro eletrônico de saúde é bastante baixa, utilizado ainda predominantemente em hospitais, embora continue a crescer e de modo significativo cada vez mais presente na atenção primária (NGUYEN; BELLUCCI; NGUYEN, 2014), como também mostram estudos nacionais (SISSON et al., 2011; UCHIMURA et al., 2015)

Resultado semelhante ao da presente pesquisa foi evidenciado em Curitiba, Paraná, onde os prontuários eletrônicos também são acessados por meio de um sistema eletrônico (E-saúde), que interliga todos os serviços da AB e UPAs. Ao facilitar a comunicação, pelo acesso aos atendimentos de qualquer uma dessas unidades, o sistema de prontuários funciona como instrumento de referência e contrarreferência dos componentes da RAS e contribui com a integralidade na assistência (UCHIMURA et al., 2015).

Outra facilidade, tanto na contrarreferência (DSC1) quanto na referência (DSC3) de usuários da UPA, diz respeito ao uso das boas relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de urgências como estratégia para o encaminhamento do usuário de um serviço para o outro.

Assim também, no estado do Rio de Janeiro, muitas vezes o acesso aos leitos depende da relação pessoal entre os médicos, a qual facilita o acesso aos recursos escassos, principalmente no interior (O'DWYER et al., 2016). Já no município do Rio de Janeiro estudos corroboram as relações interpessoais como práticas alternativas ainda precárias de integração entre os serviços e que ocorrem porque as regras estabelecidas e os recursos disponíveis são insuficientes para resolver os problemas (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012; KONDER; O'DWYER, 2016).

Na integração das UPAs com a rede assistencial o contato pessoal é a prática que prevalece (KONDER; O'DWYER, 2016), e nas Centrais de Regulação, o acesso aos serviços é determinado pela rede de relações pessoais que atravessa os diferentes pontos de atenção como fluxos paralelos, criados para a efetivação da ação profissional (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Desse modo, apesar dos participantes do presente estudo ressaltarem as boas relações interpessoais como uma facilidade à referência e contrarreferência, esse tipo de prática, utilizada para viabilizar o percurso do usuário entre os pontos de atenção à saúde, é uma estratégia informal de integração entre os serviços que, da forma como vem sendo realizada, sinaliza as dificuldades da rede de atenção às urgências.

O DSC2, composto pela fala da maioria dos participantes (n=17; 56,7%), apresenta as dificuldades reveladas pelos profissionais em relação à contrarreferência, as quais estão relacionadas às deficiências da rede básica (AB e serviços ambulatoriais de especialidades), o que envolve a falta de fluxo, de recursos humanos,

principalmente médicos, de estrutura das unidades de saúde, bem como questões burocráticas (Figura 3).

Ic2: As dificuldades na contrarreferência estão relacionadas às deficiências da rede básica

DSC2: Eu percebo que a contrarreferência basicamente inexistente, é muito rudimentar, não existe um fluxo, um desenho, não tem esse caminho para a rede básica. A UPA não funciona como parte de uma rede ainda. Já estamos mais adiantados que tem o prontuário eletrônico, mas ainda falta uma conversa melhor entre os serviços. A atenção básica é complicada pela falta de recurso humano, de estrutura, existe falta de agenda [...], além de questões burocráticas. [...] Quando o paciente precisa de um exame mais complexo [...] ele encontra dificuldades porque demora para agendar; dependendo da especialidade que a pessoa precisa, também demora [...] não tem especialista para encaminhar, o paciente fica sem atendimento ou vai pro privado. [...] Os pacientes dizem que por falta de médicos e pela demora no atendimento acabam não indo no posto e isso faz com que voltem sempre na UPA. [...] Eles vêm na UPA porque é certeza, sabem que vão ser atendidos, vão sair com tratamento, então, a maioria vem pra cá, por praticidade, comodismo. A grande maioria dos pacientes atendida aqui é de baixa complexidade, mas a gente não pode negar o atendimento ou mandar de volta, todos são atendidos [...]. Com relação aos casos de pediatria, a contrarreferência [...] é um pouco desgastante para o paciente que não tem a vaga para ser encaixado [...] então já nem mando mais porque elas dizem que não tem pediatra. [...] (E3, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E23, E24, E25, E27, E29)

O conjunto de dificuldades relacionadas às deficiências da rede básica enfrentadas pelos profissionais da UPA na contrarreferência, parece prejudicar o funcionamento da AB como porta de entrada do sistema de saúde e comprometer a sua função na coordenação do cuidado, uma vez que os usuários utilizam o atendimento da UPA para resolver as queixas que poderiam, ao menos inicialmente, ser atendidas pela AB. No entanto, outros estudos também apontam que as UPAs parecem acolher uma demanda reprimida que provém da insuficiência da AB (ERDMANN et al., 2013; KONDER; O'DWYER, 2016), que não consegue ocupar a sua posição de coordenação da demanda e da atenção ambulatorial especializada (KONDER; O'DWYER, 2016).

Para os profissionais, as deficiências da rede básica culminam na ausência de contrarreferência tanto da população adulta como pediátrica, como mostra o discurso (DSC2). Mas, essa ausência de contrarreferência não é específica do município investigado, haja vista que corrobora os resultados de outras pesquisas. Estudo desenvolvido em municípios de Minas Gerais para avaliar a assistência à criança menor de dois anos de idade na ESF, também revelou a ausência de contrarreferência, bem como desencontros entre as necessidades de saúde delas e o que é ofertado pelo serviço (SILVA; FRACOLLI, 2016). Em Montes Claros, Minas Gerais, para a maioria dos profissionais a contrarreferência para a AB não acontece, é deficitária, o que denota fragmentação na assistência à saúde, que se contrapõe à proposta da atenção à saúde em rede (COSTA et al., 2013).

A inexistência de fluxo dos usuários para a AB, revelada neste discurso, é corroborada pela literatura. No município do Rio de Janeiro, no período diurno, quando os serviços da AB e da UPA estão funcionando, não há formato de comunicação determinado, não existem fluxos formais para contrarreferenciar os pacientes da UPA (KONDER; O'DWYER, 2016). Em Florianópolis, Santa Catarina, a indefinição de fluxos de contrarreferência se apresenta como uma das limitações de um serviço em rede (ERDMANN et al., 2013).

Sobre esse assunto, a Portaria n. 1.601/2011, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), estabelece que as UPAs devem-se articular com a AB e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico construindo fluxos coerentes e efetivos de contrarreferência e ordenando os mesmos (BRASIL, 2011). A definição dos fluxos e contrafluxos de atendimento organiza o caminhar do usuário pela rede, proporcionando acesso e cuidado continuado. Nesse sentido, as UPAs como serviços de urgência e emergência, quando bem articuladas na rede, fortalecem a ação da AB (ERDMANN et al., 2013).

No discurso dos profissionais, o difícil acesso à AB e especializada no sistema público de saúde, de certa forma, direciona os usuários para a assistência à saúde suplementar. No entanto, as dificuldades referentes ao tempo de agendamento às consultas médicas, parece ser um aspecto subjetivo de avaliação, se considerados os resultados de uma pesquisa realizada em sete países europeus (Estônia, Finlândia, Alemanha, Hungria, Itália, Lituânia e Espanha). Aponta-se que pacientes de diferentes países parecem ter distintos níveis de tolerância sobre os tempos de espera para os cuidados na AB. Assim, para um paciente finlandês uma semana de espera é aceitável em um caso não agudo, enquanto que em outros países, como Hungria, Lituânia

e Espanha, qualquer espera que restringe o atendimento imediato é percebido negativamente. Nos países estudados, o acesso se configura um dos desafios comuns em termos de qualidade da AB (PAPP et al., 2014).

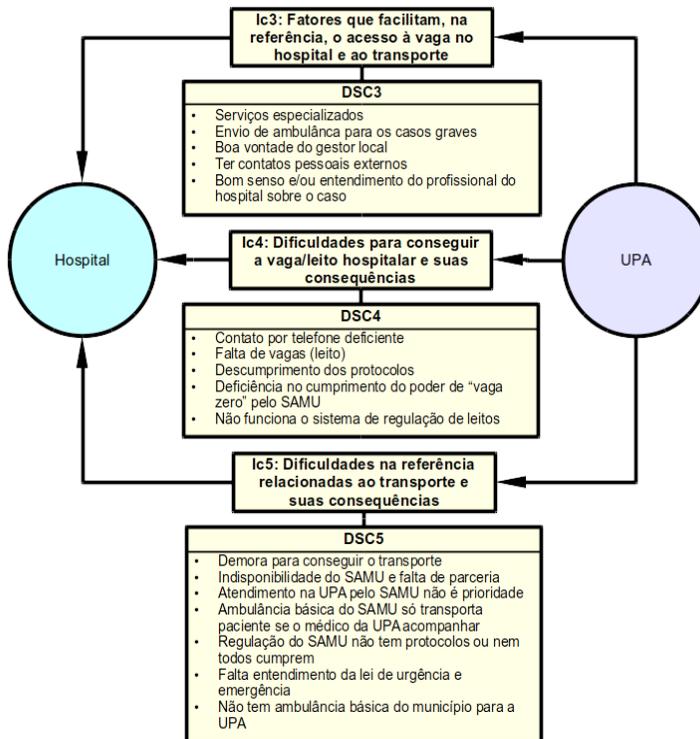
No cenário nacional, os estudos também apontam problemas na AB que podem dificultar a contrarreferência dos usuários atendidos nos outros níveis de atenção, corroborando os resultados da presente investigação. Em Recife, Pernambuco, existem barreiras de acesso que vão da AB à especializada, desde fatores estruturais, como a ausência de médicos na AB, insuficiente oferta de consultas e exames especializados, aliados à dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde. Desse modo, os usuários enfrentam diferentes obstáculos na busca pelo cuidado contínuo e integral no SUS (SOUSA et al., 2014).

Na Bahia, estudo que envolveu 19 municípios revelou a insuficiência de médicos para as ações e serviços na AB, mas especificamente na ESF, além de problemas de acesso às Unidades de Saúde da Família, relacionados aos horários de funcionamento das mesmas, e aos exames especializados, decorrentes do tempo de espera e da oferta insuficiente (SANTOS; GIOVANELLA, 2016b).

Em um município Paulista a dificuldade no acesso à AB é caracterizada pela demora no agendamento da consulta médica, e na atenção especializada, a oferta de especialidades médicas e de exames específicos é baixa. Ademais, a falta de médico especialista na Unidade de Saúde da Família foi apontada como dificuldade pelos usuários (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013), aspecto que também emergiu no DSC2 em relação ao médico pediatra nas unidades da ESF e que evidencia a cultura dos profissionais em relação ao modelo de atenção à saúde vigente, que não prevê pediatra na equipe mínima da ESF, composta por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2012). Desse modo, o que se vê é que a população e, muitas vezes, os profissionais, tem no seu imaginário um pressuposto de atendimento à saúde diferente das mudanças propostas para o modelo de atenção à saúde em curso (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

As facilidades e dificuldades na referência são representadas resumidamente na Figura 4, de acordo com os DSC3, DSC4 e DSC5.

Figura 4 – Facilidades e dificuldades na referência dos usuários na UPA. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016.



Fonte: elaboração da pesquisadora, 2015-2016.

O DSC3 foi constituído pelo depoimento de 20 (66,7%) dos participantes e tem como foco a referência. Nele estão presentes os fatores que facilitam o acesso à vaga/leito hospitalar e ao transporte para a transferência do usuário da UPA, os quais são relativos à existência de serviços hospitalares especializados, ao envio de ambulância de suporte avançado para os casos graves, às boas relações interpessoais entre os serviços e às características dos profissionais (gestor da UPA e médico do hospital) (Figura 4).

Ic3: Fatores que facilitam, na referência, o acesso à vaga no hospital e ao transporte

DSC3: *Penso que as facilidades da referência dependem do serviço. Facilita um pouco ter pontos específicos, tipo, eu sei que um paciente infartou, ele vai pra cardiologia [...], quando é um serviço mais especializado a vaga é mais garantida. Outro fator que facilita é o quadro do paciente, quanto maior a gravidade, mais rápido o atendimento e o suporte avançado dificilmente é negado quando o paciente preenche critério bem definido para transporte pelo SAMU na UTI móvel [...]. Também o que facilita a referência é a boa vontade de alguns profissionais. Aqui, aquele que facilita a nossa vida, é o nosso diretor técnico, que trabalhou muitos anos no SAMU, então ele [...] conhece os atalhos, todas as normatizações e isso acaba nos ajudando bastante [...]. Outro fator que ajuda é o médico ter contato com alguém no serviço de referência, algum colega que quebre o galho [...] e na parte de transporte também [...]. Além disso, facilita quando tem um médico no hospital que entende o que está acontecendo, que está apto pra te ajudar [...]. Mais é o bom senso do profissional da referência em aceitar, e depois o bom senso no transporte [...]. (E1, E2, E6, E7, E11, E12, E14, E16, E17, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E26, E27, E28, E29, E30)*

O discurso dos participantes evidenciou que os serviços hospitalares especializados, como aqueles específicos em cardiologia, em doença infectocontagiosa e pediatria, são pontos da rede de atenção à saúde que facilitam o acesso do usuário à vaga/leito do hospital.

Em Salvador, Bahia, dos 100 indivíduos que sofreram infarto, 53 foram atendidos na UPA, sendo 51 deles transferidos para um dos hospitais referência em cardiologia. A admissão dos usuários nos hospitais se deu, sobretudo, na ocasião do segundo atendimento, o que era esperado, tendo em vista que na rede pública do município o acesso a esses hospitais ocorre por meio da central de regulação (MENDES et al., 2014). Esses achados indicam que os usuários em situações cardiológicas agudas, atendidos na UPA, encontram nos hospitais de referência especializados o acesso ao serviço do qual necessitam, resultados que estão em consonância com as evidências do DSC3.

Este discurso revelou que, embora algumas vezes com atrasos, a ambulância de suporte avançado é enviada para a remoção do paciente grave da UPA para o hospital. Por isso, os profissionais entendem que a gravidade do quadro clínico do usuário facilita o acesso ao transporte pelo SAMU, pois os casos graves, com indicação bem definida para transporte avançado, têm garantia de transferência.

De maneira similar, em Florianópolis o transporte realizado pelo SAMU aos pacientes em situação de risco foi apontado como uma boa prática (ERDMANN et al., 2013) e, no estado do Rio de Janeiro a situação mais legítima para o SAMU é o envio de Unidades de Suporte Avançado para pacientes graves. Demandas típicas para Unidade de Suporte Avançado foram bem-sucedidas ao serem atendidas prontamente e com o recurso adequado (O'DWYER; MATTOS, 2013).

Outros fatores que facilitam o acesso à vaga/leito hospitalar e ao transporte oferecido pelo SAMU são as características do gestor local (a boa vontade do diretor técnico da UPA) e do médico do hospital (o bom senso e/ou entendimento do médico sobre o caso que precisa de transferência). Percebe-se que no cotidiano da UPA muitas vezes são esses os recursos que os profissionais dispõem para enfrentar as dificuldades na referência.

Nesse sentido, estudo australiano conclui que para superar os problemas encontrados ao organizar transferências inter-hospitalares são necessárias um alto nível de capacidade de negociação e experiência clínica (GILLMAN; JACOBS; FATOVICH, 2014), aspectos evidenciados no discurso quando os profissionais recorrem ao diretor técnico da UPA para conseguir o transporte junto ao SAMU e contam com as competências e habilidades do médico do hospital para conseguir a transferência.

O DSC4 foi o mais expressivo pelo número de participantes (n=26; 86,7%) que contribuíram para a sua composição. Ele se refere às dificuldades evidenciadas na referência no acesso à vaga/leito hospitalar, principalmente, à falta de estrutura física e relações humanas no processo e às consequências causadas por estas dificuldades à equipe da UPA e aos seus usuários (Figura 4).

Ic4: Dificuldades para conseguir a vaga/leito hospitalar e suas consequências

DSC4: Para transferir o paciente tenho que conseguir a vaga no hospital e o contato por telefone é muito difícil, ninguém atende, mesmo insistindo. Perde-se muito tempo nisso. [...] a maior dificuldade é a questão de vagas, de leitos, leito de UTI nem se fala. Enfrentamos uma superlotação em todos os hospitais da região de Florianópolis. [...] Os protocolos de referência estão totalmente sendo deixados de lado. [...] Assim, o paciente vai ficando dias aqui, apesar de não ter internação [...] e a gente vai dando a assistência que está no nosso alcance [...]. Então, os médicos e toda equipe acabam muitas vezes se estressando, porque é complicada essa situação pelos recursos materiais que se tem

aqui. Além disso, sobrecarrega, às vezes tem muitos pacientes pra atender e as pessoas ficam esperando [...]quando é muito urgente, a gente aciona o SAMU, que leva para a referência em "vaga zero", ou seja, mesmo sem vaga. Embora nem todos os hospitais aceitem a "vaga zero", várias vezes a gente tem que fazer isso, porque realmente aqui não pode ficar. [...]O que acontece na região de Florianópolis é que a gente tem dificuldade de transferir para as referências, principalmente no que se refere ao SAMU que tem que entender a função dele de ajudar os locais que estão com paciente grave usando o seu poder de "vaga zero". Apesar de na teoria existir um sistema de regulação de leitos em Santa Catarina, na prática não funciona. Já tivemos conflitos com eles por causa disso [...]. (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E17, E19, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E27, E28, E29, E30)

Sobre as dificuldades de vagas/leitos hospitalares, apresentadas no discurso dos profissionais, são problemas conhecidos na literatura nacional e internacional. Estudo realizado na Turquia evidenciou a falta de leitos hospitalares como uma das mais importantes causas da superlotação nos Departamentos de Emergência, embora este seja um problema multicausal em todas as partes do mundo (ERENLER et al., 2014).

Como o acesso aos leitos é difícil pelo número reduzido destes e pela dificuldade de interação com os hospitais, a retaguarda hospitalar tem sido um grande obstáculo para o trabalho nas UPAs (KONDER; O'DWYER, 2016). Em todo o estado do Rio de Janeiro, por exemplo, existem dificuldades de acesso a leitos (O'DWYER et al., 2016). A superlotação das emergências hospitalares, bem como a escassez de leitos clínicos de enfermaria e de terapia intensiva dificultam o acesso ao hospital, sendo este um aspecto que limita o impacto da atuação das UPAs (KONDER; O'DWYER, 2015). Os países de baixa renda compartilham da falta de leitos de UTI e a maioria delas está localizada em grandes hospitais de referência nas cidades (MURTHY; LELIGDOWICZ; ADHIKAR, 2015).

Aspecto que chamou a atenção no discurso foi a dificuldade de estabelecer contato telefônico com os profissionais dos hospitais, especialmente naqueles de referência, a fim de encaminhar os usuários. Mas, essa situação não é exclusiva do país. Na Austrália, o número de chamadas telefônicas foi um fator que influenciou a percepção dos profissionais sobre as dificuldades envolvidas na organização das

transferências. Identificou-se que para transferir os usuários para um hospital terciário foram necessários entre um e 11 telefonemas, sendo maior o número de chamadas telefônicas na transferência de usuários criticamente doentes, cujos motivos para a quantidade de telefonemas foram: múltiplas equipes envolvidas; falta de leitos hospitalares; e, dificuldade para localizar profissional especializado (GILLMAN; JACOBS; FATOVICH, 2014), aspectos que se assemelham aos revelados nesta pesquisa.

As dificuldades no processo de transferência dos usuários para o hospital, que vão do estabelecimento do contato com os profissionais da referência à aceitação da transferência, são marcadas por consequências que precisam ser enaltecidas: retarda o atendimento no local adequado, de maior densidade tecnológica, com possíveis prejuízos no estado de saúde do paciente; compromete o atendimento aos demais usuários que aguardam atendimento na UPA; altera o processo de trabalho da equipe; e, gera estresse e frustração nos profissionais da UPA.

Dentre as competências das UPAs, estabelecidas na Portaria n. 1.601/2011, está o encaminhamento de usuários para internação em serviços hospitalares quando estes não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação (BRASIL, 2011). Mas, o atendimento a esta Portaria se encontra limitado. As dificuldades de transferência do usuário, principalmente referentes à indisponibilidade de leitos hospitalares, fazem da UPA um local de “internação temporária”, embora a mesma não tenha infraestrutura mínima para isso, pois não é oferecido nem mesmo alimentação. Essa realidade é coerente com aquela evidenciada em outros estados brasileiros (Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe), onde a inexistência de vagas foi considerada pela grande maioria dos profissionais das UPAs como a principal causa da permanência dos usuários nas unidades por período superior a 24 horas, sendo a segunda causa, a deficiência de transporte. Na avaliação dos profissionais, é “frequente” a espera por vagas de internação, fato que denota a necessidade da retaguarda hospitalar estar preparada para atender às demandas das UPAs (BRASIL, 2015), cumprindo assim com o seu papel na RUE.

No município do Rio de Janeiro, por exemplo, os usuários que necessitam de hospitalização permanecem nas UPAs aguardando vaga por mais de 24 horas, sistematicamente (KONDER; O'DWYER, 2016). Assim, não tem sido respeitada a capacidade tecnológica de atendimento

ao usuário nas UPAs, nem mesmo o direito deste de receber a assistência à saúde que necessita, no tempo oportuno e local adequado.

A atenção hospitalar, pela sua relevância e pela grande deficiência de leitos resolutivos e qualificados no SUS, de suporte às urgências, é o componente da RUE para o qual se direciona o maior volume de recursos dessa rede. Para diminuir a superlotação dos prontos-socorros hospitalares tem sido pactuada a ampliação da oferta de leitos de retaguarda para a urgência e emergência por meio dos Planos de Ação Regionais. Mas, embora planejada uma expansão significativa de leitos, o aumento real destes é modesto, contribuindo para que a assistência não progrida para além de corredores lotados de UPAs e prontos-socorros (JORGE et al., 2014).

Quanto à regulação dos leitos, a UPA deve-se articular com os hospitais, construindo fluxos de referência e ordenando os mesmos por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgências (CRMU) e complexos reguladores instalados na região (BRASIL, 2011). Entretanto, os profissionais revelaram, neste estudo, indefinição de fluxo dos usuários da UPA para o hospital, e apontaram que o papel do SAMU de regulação dos leitos, especialmente no caso grave quando pode ser utilizada a vaga zero, não é desempenhado, o que causa conflitos entre as equipes dos serviços (UPA e SAMU).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, relações conflituosas entre os profissionais do SAMU e aqueles que atuam em outros serviços da rede de atenção às urgências, especialmente nas UPAs, também foram reveladas (VELOSO; ARAÚJO; ALVES, 2012; VELLOSO et al., 2014). Nesse contexto, das lutas e relações que se configuram em práticas de poder no SAMU, destaca-se o ‘o poder da vaga-zero’ (VELOSO; ARAÚJO; ALVES, 2012), que está embasado na definição de vaga zero estabelecida na Portaria n. 2.048/2002 (BRASIL, 2002).

Como mencionado no DSC4, a vaga zero pressupõe que qualquer serviço de saúde tem que garantir o atendimento nas urgências, disponibilizando vagas para receber os pacientes transportados pelo SAMU, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para internação. Desse modo, o SAMU possui autoridade para alocar os pacientes na rede de serviços do sistema regional, devendo apenas comunicar sua decisão aos médicos assistentes dos serviços de urgência (BRASIL, 2002). Entretanto, os profissionais deste estudo apontam dificuldades na transferência dos usuários da UPA para o hospital pelo SAMU por meio da vaga zero, com prejuízos ao trabalho desenvolvido

na UPA e, sobretudo, para os usuários em condições graves que requerem um atendimento de maior densidade tecnológica.

Entende-se a vaga zero como uma forma de institucionalização do poder exercida no cotidiano dos profissionais do SAMU, que o coloca em condição de superioridade em relação aos demais serviços de saúde pela autonomia que lhe é conferida para decidir o destino do usuário, independente da disponibilidade de vaga. Destaca-se que, de maneira geral, a vaga zero tem sua legitimidade reconhecida por todos os serviços de saúde de urgência que acatam a sua hegemonia, embora seja vivenciada em meio a atritos (VELOSO; ARAÚJO; ALVES, 2012).

Estudo evidenciou que a regulação dos leitos é bastante frágil, sendo a Central de Regulação um obstáculo entre as UPAs e os hospitais, especialmente no caso das UPAs municipais, em que o contato por meio da CRMU se tornou o único fluxo formal de acesso ao hospital (KONDER; O'DWYER, 2016). No interior do Rio Grande do Norte, pesquisa apontou a ausência das atribuições técnicas e gestoras da regulação médica de urgência (SOARES et al., 2013), o que pode comprometer a referência dos usuários às unidades hospitalares.

O DSC5 também teve uma participação expressiva, compreendendo as falas de 22 profissionais que representam a maioria (73,3%) dos participantes. O discurso expressa as dificuldades na referência relacionadas ao transporte do usuário para o hospital e as consequências para os profissionais e usuários da UPA (Figura 4).

Ic5: Dificuldades na referência relacionadas ao transporte e suas consequências

DSC5: Um dos maiores entraves atual é conseguir o transporte para a transferência do paciente ao hospital [...] porque perde-se horas tentando conseguir isso. A referência feita pelo SAMU já foi mais fácil [...] a gente não tem um SAMU disponível e muitas vezes ele também não é parceiro. A única ambulância do SAMU que faz transporte é a avançada [...] só que a prioridade é o atendimento [...] primário [...] de emergência [...] o transporte da UPA vai ficar em segundo plano. Dependendo da regulação do dia, às vezes o paciente fica horas na UPA esperando o transporte de UTI [...] o grande problema é referenciar pacientes que são casos mais leves, intermediários, uma vez que o SAMU não manda ambulância para os casos [...] em condição estável, mas que pode instabilizar [...]. Muitas vezes o médico da regulação não vê critérios de gravidade nem necessidade desse encaminhamento e a gente fica de mãos atadas, fica nesse limbo, não tem como transportar e quem sofre mais é o paciente. Às vezes, troca o

regulador, em meia hora o problema de transporte é resolvido. A impressão é que eles não têm um protocolo ou se têm, nem todos seguem [...]. É um estresse muito grande na hora de acionar o transporte. Já tivemos vários problemas com a equipe médica do SAMU [...]. Falta um entendimento melhor da lei das urgências e emergências [...]. O município contava com uma ambulância [...] básica, que ficava 24 horas à disposição da UPA pra realização dos transportes básicos [...]. Hoje já não tem mais [...]. Muitas vezes casos relativamente graves, que têm familiares com carro, a gente opta por explicar a eles a situação e mandar com o encaminhamento para o hospital [...]. Porém, muitas vezes os pacientes não têm os critérios de gravidade só que também não têm condições de ir por meios próprios [...], como os pacientes com fraturas, que necessitam ser transportados [...] com uma maca rígida [...]. Se o paciente não preenche critério de transporte com a ambulância alfa do SAMU, e a maioria é assim, a gente tem que pedir a ambulância básica deles [...] e daí geralmente tem que sair o médico que tá aqui de plantão para acompanhar o paciente, deixando muitas vezes a UPA sem um outro profissional, sem o pediatra, e isso prejudica o serviço porque o movimento é bastante intenso [...]. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E14, E16, E17, E18, E21, E23, E24, E26, E27, E28, E29, E30)

Nos Estados Unidos, depois de aceita a transferência do paciente entre os serviços, ainda existem barreiras para a chegada do paciente no hospital que o receberá. Foram identificados conflitos com as equipes de transferência do Serviço de Emergência Médica (SEM), bem como dificuldades com a disponibilidade, pontualidade e nível de habilidade dos sistemas de transporte terrestre (BOSK; VEINOT; IWASHYNA, 2011), aspectos que se assemelham aos resultados do DSC5, que evidenciou como dificuldade à referência, para encaminhamento dos usuários da UPA ao hospital, questões relacionadas ao transporte, principalmente vinculadas ao SAMU.

Adotado no país a partir de 2003, o SAMU, nos seus primeiros anos de implantação, predominou com os serviços de abrangência municipal, tornando-se mais relevantes, em 2008, os de abrangência regional. Embora a cobertura estimada tenha alcançado 53,9% da população em 2009, sua implantação variou entre os Estados e houve menos ambulâncias de suporte avançado do que o recomendado (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

A disponibilidade de ambulâncias é um recurso fundamental para a regulação no SAMU, sendo o mesmo previsto pela PNAU, que utiliza o critério populacional para definir seu quantitativo (O'DWYER; MATTOS, 2012), assim, a implantação de 1 Unidade de Suporte Básica e de 1 Avançada são previstas, respectivamente, para uma população de até 100 mil habitantes e para cada 400 mil. Mas, esses quantitativos não são suficientes, se considerados o crescimento do perfil de morbimortalidade e que esse tipo de serviço é cada vez mais essencial (MORAIS et al., 2015).

Problemas como a falta de ambulância, que emergiram na presente pesquisa, é um dos motivos que justifica a permanência do usuário na UPA por mais de 24 horas. Resultado divergente foi evidenciado nas UPAs do Paraná, nas quais os motivos que mantém os usuários nessas unidades não estariam ligados à deficiência de transporte (UCHIMURA et al., 2015).

Além do conjunto de ambulâncias, o SAMU é constituído por centrais reguladoras, e requerem profissionais qualificados e equipamentos adequados para o atendimento às urgências. Nas centrais, os médicos reguladores designam as ambulâncias apropriadas para cada atendimento. As ambulâncias de suporte básico possuem motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento, sendo utilizadas para os casos sem risco imediato de vida, sob orientação dos médicos das centrais. Quanto às ambulâncias de suporte avançado, são compostas por motorista, médico e enfermeiro, bem como equipamentos para a assistência intensiva às situações de risco iminente de vida (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O discurso revelou que a dificuldade de transporte é significativa para os casos mais leves, as situações ditas "intermediárias", e isso gera consequências como: encaminhamento do usuário ao hospital, pelo médico, por meios próprios; estresse dos profissionais da UPA e conflitos entre estes e os médicos da central de regulação; e, saída do médico da UPA para acompanhar o traslado do usuário até o hospital.

A ambulância de suporte básico se torna a mais solicitada devido a maior ocorrência de pequenos incidentes (MORAIS et al., 2015). Assim, a dificuldade em conseguir transporte para as situações sem risco eminente de vida ganha importância quando considerada a quantidade de usuários que necessitam desse tipo de transporte. Estudo mostrou que um tipo de atendimento bem-sucedido e recorrente na prática de regulação foi o envio de ambulâncias de suporte básico para pacientes menos graves ou com necessidade de transferência entre

hospitais (O'DWYER; MATTOS, 2013), situação que diverge daquela expressa no discurso desta pesquisa.

Os conflitos que ocorrem entre os profissionais da UPA e do SAMU, em especial os médicos da regulação, seja pela indisponibilidade de ambulância ou pelas divergências relacionadas aos protocolos de atendimento, não são exclusivos da realidade investigada. Existe uma luta por supremacia na atenção pré-hospitalar, na qual não é clara a convergência de esforços em função de um objetivo comum (VELLOSO et al., 2014).

A luta por demarcação de territórios ocorre entre os próprios trabalhadores do SAMU, mas também na relação destes com os profissionais de outros pontos de atenção à saúde. Os conflitos observados favorecem ações individualistas que prejudicam a integração do sistema de saúde e que comprometem o ambiente de trabalho das equipes de forma generalizada. Dessa maneira, são muitos os desafios na busca por relações profissionais mais harmoniosas e menos conflituosas (VELLOSO et al., 2014).

A função reguladora do SAMU é essencial na sua relação com a rede, mas para desempenhar essa função de maneira mais integral deve prevalecer o aspecto normativo da PNAU (enquanto regra sob o ponto de vista dos direitos e obrigações) (O'DWYER; MATTOS, 2012). Contudo, o discurso dos profissionais aponta para a falta de entendimento sobre a legislação que envolve a atenção às urgências no país, o que parece se referir não somente aos profissionais que atuam na regulação, mas, também àqueles que trabalham na UPA, que devem seguir as normativas estabelecidas nacionalmente para garantir uma referência segura ao usuário em situação aguda de saúde.

Estudo revelou que existem situações nas quais os médicos do SAMU não estão completamente preparados para atuarem como reguladores, haja vista que os currículos dos cursos de medicina não disponibilizam conteúdos que contemplem esse tipo de atendimento (VELLOSO et al., 2014). Se por um lado a formação não oferece o conhecimento necessário para atuação profissional nesse campo, por outro, a educação permanente deve suprir essa demanda, abordando essa temática específica com os profissionais da área.

Destaca-se que é indispensável ao regulador compreender a complexidade das necessidades de saúde traduzidas em demanda. Nesse sentido, as portarias propõem o conceito ampliado de urgência, para que o mesmo seja incorporado pelos profissionais (O'DWYER; MATTOS, 2012).

A análise dos achados do presente estudo apontam que, para desempenhar o seu papel na rede de urgência, as UPAs enfrentam diversas dificuldades do sistema de referência e contrarreferência, que precisam ser discutidas pelos gestores e repensadas em termos de política pública. Destaca-se ainda que as facilidades presentes neste sistema devem ser enaltecidas e fortalecidas, pois podem contribuir na consolidação da rede, assim como da PNAU.

CONCLUSÃO

A análise do sistema de referência e contrarreferência em uma UPA, da região da Grande Florianópolis, permitiu identificar a falta de articulação entre os pontos de atenção da RUE, o que sinaliza o comprometimento do princípio de integralidade do SUS, com prejuízo à longitudinalidade do cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde da população. Contudo, acredita-se que o estudo tem potencial para contribuir para melhorias no sistema de referência e contrarreferência da região, ademais amplia o conhecimento nacional sobre o tema e possibilita reflexões pelos gestores e formuladores da PNAU.

Comparativamente, os discursos sobre as dificuldades do sistema de referência e contrarreferência foram representados por um número maior de profissionais, em relação àqueles das facilidades, indicando que os desafios são expressivos em busca de um sistema melhor, especialmente quanto à referência na atenção às urgências.

Na contrarreferência as facilidades estão relacionadas às estratégias de comunicação, enquanto na referência são relativas à existência de serviços hospitalares especializados, ao envio de ambulância de suporte avançado para os casos graves e às características dos profissionais (gestor da UPA e médico do hospital). As boas relações interpessoais entre os serviços facilitam tanto à referência como à contrarreferência. Em relação às dificuldades, na contrarreferência estas se vinculam às deficiências da rede básica; e na referência, envolvem questões sobre a vaga/leito hospitalar e o transporte para a transferência do usuário.

O estudo se limitou à participação dos médicos e enfermeiros de uma UPA para o conhecimento das facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência. Por isso, sugere-se que as investigações futuras sejam realizadas com os profissionais de saúde dos outros pontos da rede de atenção às urgências (atenção básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e hospitais), a fim de confrontar os

resultados deste estudo e aprofundar o conhecimento acerca do sistema de referência e contrarreferência.

REFERÊNCIAS

BOSK, E. A.; VEINOT, T.; IWASHYNA, T. J. Which patients, and where: a qualitative study of patient transfers from community hospitals. **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 592-8, jun., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n^o. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União** 2002; 12 nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n^o. 1.601, de 7 de Julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União** 2011; 25 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n^o. 104, de 15 de Janeiro de 2014. Altera a Portaria n^o 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União** 2014; 16 jan. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS, 2015. 400 p. (CONASS Documenta, 28)

COSTA, S. M. et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, MG, v. 16, n. 3, p. 287-93, jul./set., 2013.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 25, n. 1, p. e4550015, 2016.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. spec, p. 131-9, jan./fev., 2013.

ERENLER, A. K. et al. Reasons for overcrowding in the emergency department: experiences and suggestions of an education and research hospital. **Turkish Journal of Emergency Medicine**, Chennai (Turkey), v. 14, n. 2, p. 59-63, fev., 2014.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 261-67, mar./abr., 2014.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

GILLMAN, L.; JACOBS, I.; FATOVICH, D. M. Challenges in arranging interhospital transfer from a non-tertiary hospital emergency department in the Perth metropolitan área. **Emergency Medicine Australasia**, v. 26, n. 6, p. 567-72, dec., 2014.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar., 2013.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 22, n. 1, p. 132-40, jan./mar., 2013.

JORGE, A. O. et al.. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, RJ, n. 52, p. 125-145, out. 2014.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 2, p. 525-45, abr./jun., 2015.

_____. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, Botucatu, SP, v. 20, n. 59, p. 879-92, out./dez., 2016.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2 ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependence between the levels of care in Brazilian Health System (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers. **Interface**, Botucatu, SP, v. 18, n. 51, p. 647-59, out./dez., 2014.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-28, jun., 2011.

MACHADO, C. V. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 2, e00170614, fev., 2016a.

MACHADO, L. M. et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 1, p. 4026-35, jan./mar., 2016b.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 22, n. 3, p. 780-8, jul./set., 2013.

MENDES, A. S. et al. Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 27, n. 6, p. 505-12, nov./dez., 2014.

MORAIS, L. S. et al. Operacionalização do serviço móvel de urgência em unidades regionalizadas. **Revista de Enfermagem UFPE on line** [Internet], Recife, PE, v. 9, n. Supl. 9, p. 9945-56, 2015. Disponível em: <

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8740/pdf_8934>. Acesso em: 8 Jan. 2017.

MURTHY, S., LELIGDOWICZ, A., ADHIKARI, N. K. J. Intensive care unit capacity in low-income countries: a systematic review. **PLoS ONE**, San Francisco (United States), v. 10, n. 1, e0116949, 2015.

NGUYEN L.; BELLUCCI, E.; NGUYEN, L. T. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. **International Journal of Medical Informatics**, v. 83, n. 11, p. 779-96, 2014.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 1, p. 141-60, 2012.

_____. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 22, n. 1, p. 199-210, jan./mar., 2013.

O'DWYER, G. et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 7, p. 2189-200, jul., 2016.

PAPP, R. et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. **BMC Family Practice**, 15:128, 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 40, n. 108, p. 48-63, jan./mar., 2016a.

_____. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 3, p. e00172214, mar., 2016b.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 6, p. 2753-62, jun., 2011.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 54-61, jan./fev., 2016.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v.20, n.4, p.991-1004, out./dez., 2011.

SOARES, F. R. R. et al. Regionalização dos serviços móveis de urgência a partir da política nacional de atenção às urgências. **Revista de Enfermagem UFPE on line** [Internet], Recife, PE, v. 7, n. 5, p. 4332-9, jun., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4132/pdf_2711>. Acesso em: 8 Jan. 2017.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, p. 1283-93, apr., 2014.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. 107, p. 972-83, out./dez., 2015.

VELOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p.126-32, 2012.

VELLOSO, I. S. C. et al. Gerenciamento da diferença: relações de poder e limites profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência. **Referência - Revista de Enfermagem**, Coimbra (Portugal), v. IV, n. 2, p. 71-9, may./jun., 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro objetivo, foi validado o instrumento de avaliação da responsabilidade do Acolhimento com Classificação de Risco, apresentando elevado Índice de Validade de Conteúdo. Desse modo, o instrumento pode ser aplicado nas diferentes Unidades de Pronto Atendimento do país e acredita-se que a sua utilidade poderá ser estendida aos demais serviços de atenção às urgências, haja vista que todas as portas de entrada da respectiva rede devem utilizar o Acolhimento com Classificação de Risco como dispositivo de atenção aos usuários em condições agudas de saúde.

Quanto ao segundo e terceiro objetivos, o estudo permitiu conhecer como o Acolhimento com Classificação de Risco é avaliado pelos usuários, gestor e profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina. Embora a avaliação dos usuários tenha seguido um percurso metodológico diferente daquele adotado na avaliação dos demais participantes (gestor e profissionais de saúde), as evidências apontam para uma avaliação mais positiva dos usuários, que avaliaram os aspectos não médicos do Acolhimento com Classificação de Risco.

Referente ao quarto objetivo, a pesquisa revelou as facilidades, mas, sobretudo, as dificuldades do sistema de referência e contrarreferência vivenciadas pelos enfermeiros e médicos da UPA, sinalizando a necessidade de melhorias especialmente no que se refere às vagas/leitos hospitalares e ao transporte para a transferência do usuário à referência. Os resultados permitiram ainda identificar a falta de articulação entre os pontos de atenção da RUE, com prejuízos à integralidade do SUS.

Destaca-se que a quantidade de médicos que participaram do estudo, superior ao número de enfermeiros, pode ter direcionado a avaliação na Unidade de Pronto Atendimento para a perspectiva biomédica, a exemplo da ênfase às facilidades e dificuldades relacionadas à referência, que valoriza a atenção à saúde especializada, com foco na doença. Quando tratado da contrarreferência, percebeu-se pelos discursos dos profissionais a valorização de uma rede básica especializada, seja na atenção básica ou ambulatoriais de especialidades, o que difere do modelo de atenção à saúde vigente no país e sugere a necessidade de ser trabalhada a temática pela Educação Permanente.

Na área assistencial, acredita-se que o estudo poderá contribuir indiretamente para a melhoria do cuidado prestado à população, se as

avaliações realizadas nesta tese subsidiarem as melhorias ao Acolhimento com Classificação de Risco. De maneira mais direta, a pesquisa pode trazer contribuições para o gerenciamento da atenção às urgências no âmbito municipal e até regional, uma vez que o sistema de referência e contrarreferência envolve diferentes municípios.

Na área da pesquisa, este estudo amplia o conhecimento científico no campo da avaliação em saúde e poderá subsidiar novas investigações pela aplicação do instrumento de avaliação da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco, uma vez que o mesmo permite avaliar aspectos relevantes do ACCR dos serviços de atenção às urgências do país. Ademais, acredita-se que o estudo tem potencial para contribuir com o campo das políticas públicas, mais especificamente, com a avaliação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Sobre o referencial teórico utilizado, políticas públicas e avaliação em saúde, mostrou-se adequado à proposta de pesquisa, subsidiando desde o planejamento do estudo à coleta e análise dos dados. Por isso, apoia-se a sua aplicação em futuras investigações de caráter similar.

Entende-se que a coleta de dados, realizada somente em dias úteis, e o tipo de amostragem adotada na avaliação da responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco pelos usuários podem se apresentar como limitações, não obstante, a amostra representativa da população confere valor às evidências e permite a generalização dos resultados para outros contextos.

Na avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, realizada pelo gestor e profissionais de saúde, a quantidade de participantes pode limitar a generalização dos resultados. Entretanto, destaca-se nesta avaliação o fato de se levar em conta a opinião de diferentes categorias profissionais envolvidas no Acolhimento com Classificação de Risco. Quanto às facilidades e dificuldades do sistema de referência e contrarreferência, aponta-se que o estudo se limitou à participação dos médicos e enfermeiros da UPA .

De uma maneira em geral, o fato desta tese ter sido desenvolvida em apenas uma Unidade de Pronto Atendimento pode-se apresentar como uma limitação. A escolha do local de coleta de dados permitiu a identificação de aspectos próprios de uma instituição onde o Acolhimento com Classificação de Risco se encontra em processo de consolidação, haja vista que este foi classificado como precário, na avaliação dos profissionais do estudo, apesar da qualificação da UPA pelo Ministério da Saúde.

Assim, como sugestão para novos estudos destaca-se a relevância da avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco e do sistema de referência e contrarreferência nas demais Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina e do país. Para avaliar o Acolhimento, pode ser utilizada a versão final da validação de conteúdo do instrumento, uma vez que apresentou elevado Índice de Validação de Conteúdo. Em relação ao sistema de referência e contrarreferência, sugere-se a ampliação da pesquisa envolvendo os componentes pré-hospitalar móvel e hospitalar, para aprofundar a compreensão sobre o seu funcionamento, a partir da perspectiva de outros profissionais de saúde e gestores.

Os dados deste estudo permitem a projeção de análises futuras que contemplem a convergência entre os dados obtidos a partir do delineamento quantitativo e qualitativo, os quais até o momento sugerem uma aproximação.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.33, n.4, p.181-90, dez., 2012.

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, São Carlos, SP, v. 3, n. 2, p. 12-42, jul./dez., 2015.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 7, p. 3061-8, jul., 2011.

ALMEIDA, R. S.; BOURLIATAUX-LAJOINIE, S.; MARTINS, M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 1, p. 11-25, jan, 2015.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 3, p. 523-34, mar., 2010.

ANDERSON, P. D. et al. World health assembly resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis (United States), v. 60, n. 1, p. 35-44, jul. 2012.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

ARAÚJO, M. T. et al. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 20, n. esp, p. 156-63, 2011.

ASSIS, S. G. et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105-32.

ATKINSON, S.; MEDEIROS, R. L. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 11, p. 2089-96, jun., 2009.

AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian's lasting framework for health care quality. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 3, p. 205-7, jul., 2016.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do sistema único de saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v.23, n.3, p.855-68, jul./set., 2014.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERT, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 1, p. 49-54, jan./mar., 2016.

BAZZAZ, M. M. et al. Health system's responsiveness of inpatients: hospitals of Iran. **Global Journal of Health Science**, Toronto (Canada), v. 7, n. 7, p.106-13, mar., 2015.

BECKER, J. B. et al. Triagem no serviço de emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 49, n. 5, p. 783-9, out., 2015.

BELLUCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 16, n. 3, p. 419-28, jul./set., 2012a.

_____. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 751-7, set./out., 2012b.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 1, p. 82-7, jan./fev., 2015.

BOSK, E. A.; VEINOT, T.; IWASHYNA, T. J. Which patients, and where: a qualitative study of patient transfers from community hospitals. **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 592-8, jun., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União** 2002; 12 nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde – PNASS.** Edição 2004/2005. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** 3 ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n^o. 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2011a; 8 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n^o. 1.601, de 7 de Julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União** 2011b; 25 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n^o. 342, de 4 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do componente unidade de pronto atendimento (UPA 24h) em conformidade com a política nacional de atenção às urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA nova) e UPA 24h ampliadas (UPA ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União** 2013a; 5 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.450, de 16 Julho de 2013. Qualifica Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) do Estado de Santa Catarina, localizada no Município de Biguaçu, componente do

Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial da União** 2013b; 17 jul. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União** 2013c; 13 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n^o. 104, de 15 de Janeiro de 2014. Altera a Portaria n^o. 342/GM/MS, de 4 de março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24 h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União** 2014; 16 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNESNet – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta – Tipos de estabelecimento.** 2015a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=73&VListar=1&VEstado=42&VMun=&VSubUni=&VComp=00>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.624, de 1 Outubro de 2015. Renova a qualificação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h, Porte I) do Município de Biguaçu (SC), componente do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial da União** 2015b; 2 out. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências:** avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015c. 400 p. (CONASS Documenta, 28)

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE. **Unidade de Pronto Atendimento – UPA em funcionamento e em obras.** 2016. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#/>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (Orgs.). Tradução de

Michel Colin. **Avaliação: conceitos e métodos**. 1 ed. 1 reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CHANG, W. et al. Using the five-level Taiwan Triage and Acuity Scale Computerized System: factors in decision making by emergency department triage nurses. **Clinical Nursing Research**, v., n., p. 1-16, mar., 2016.

COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 4, p. 770-77, jul./ago., 2010.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 3, p. 925-36, mar., 2015.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro RJ, v. 21, n. 9, p. 2749-59, set., 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº. 423/2012. **Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 06 maio 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M. (Org.). **A avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set., 2006.

COSTA, M. A. R. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 491-7, jul./set., 2015.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 25, n. 1, p. e4550015, 2016.

COSTA, R. K. S. et al. Validade de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com lesão cutânea. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 27, n. 5, p. 447-57, set./out., 2014.

COSTA, S. M. et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, MG, v. 16, n. 3, p. 287-93, jul./set., 2013.

COUTINHO, A. A.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v. 22, n. 2, p. 188-198, abr./jun., 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEAN, A. G.; SULLIVAN, K. M.; SOE, M. M. **OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health**, Version. Updated 2013/04/06. Disponível em: <www.OpenEpi.com>. Acesso em: 14 Mai. 2016.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-184.

DILÉLIO, A. S. et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 49: 31, jun., 2015.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], Goiânia, GO, v. 16, n. 2, p. 312-20, abr./jun., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>>. Acesso em: 01 Out. 2014.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago (US), v. 260, n. 12, p. 1743-8, sep., 1988.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (Org.). Tradução de

Michel Colin. **Avaliação: conceitos e métodos**. 1 ed. 1 reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39.

DURO, C. L. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, CE, v. 15, n. 3, p. 447-54, mai./jun., 2014.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009.

EBRAHIMPOUR, H. et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 1, n. 1, p. 85-90, jun. 2013.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. spec, p. 131-9, jan./fev., 2013.

ERENLER, A. K. et al. Reasons for overcrowding in the emergency department: experiences and suggestions of an education and research hospital. **Turkish Journal of Emergency Medicine**, Chennai (Turkey), v. 14, n. 2, p. 59-63, fev., 2014.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 553-63, jul./set., 2006.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 9, p. 2091-102, set., 2008.

FERNANDES, F. M. B. Considerações metodológicas sobre a técnica da observação participante. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 262-74. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 20 dez. 2014.

FERNANDES, M. V. L.; LACERDA, R. A.; HALLAGE, N. M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 19, n. 2, p. 174-89, abr./jun., 2006.

FOROUZAN, A. S. et al. Service users and providers expectations of mental health care in Iran: a qualitative study. **Iranian Journal of Public Health**, Tehran (Iran), v. 42, n. 10, p. 1106-16, oct., 2013.

_____. Reliability and validity of a mental health system responsiveness questionnaire in Iran. **Global Health Action**, Umeå (Sweden), v. 7, p. 247-48, jul., 2014.

FOROUZAN, S. et al. Measuring the mental health-care system responsiveness: results of an outpatient survey in Tehran. **Frontiers in Public Health**, v. 3, 285, 2016.

FREITAS, P. **Triagem no serviço de urgência**: Grupo de Triagem de Manchester. 2 ed. Protugal: BMJ Publishing Group; 2002. 149 p.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, jun., 2000.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 261-67, mar./abr., 2014.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

GEHLEN, G. C.; LIMA, M. A. D. S. Nursing work in care practice at emergency care units in Porto Alegre/RS. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín (Colômbia), v. 31, n. 1, p. 26-35, jan./abr., 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GILLMAN, L.; JACOBS, I.; FATOVICH, D. M. Challenges in arranging interhospital transfer from a non-tertiary hospital emergency department in the Perth metropolitan área. **Emergency Medicine Australasia**, v. 26, n. 6, p. 567-72, dec., 2014.

GONÇALES, P. C. et al. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 424-31, sep./dec., 2015.

GONÇALVES, A. V. F.; BIERHALS, C. C. K.; PASKULIN, L. M. G. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 36, n. 3, p. 14-20, set., 2015.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar., 2013.

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.

GROMULSKA, L. et al. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny**, Warsaw (Poland), v. 65, n. 2, p. 155-64, 2014.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 22, n. 1, p. 132-40, jan./mar., 2013.

HITCHCOCK, M. et al. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 70, n. 7, p. 1532-41, jul., 2014.

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 12, p. 3343-52, dez., 2012.

INOUE, K. C. et al. Avaliação da qualidade da classificação de risco nos serviços de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 28, n. 5, p. 420-5, set./out., 2015a.

_____. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 19, n. 1, p. 13-20, jan./mar., 2015b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. **Cidades @**. Santa Catarina. Biguaçu. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=420230>>. Acesso em: 05 Jan. 2017.

_____. **Estados @**. Santa Catarina. Síntese. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 12 Ago. 2014.

JORGE, A. O. et al.. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, RJ, n. 52, p. 125-145, out. 2014.

KARAMI-TANHA, F. et al. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: evidence from a university hospital. **Archives of Iranian medicine**, v. 17, n. 11, p. 736-40, 2014.

KLEIN, D. P. et al. Análise bibliométrica sobre avaliação de serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, PE, v. 9, n. Supl. 3, p. 7609-14, abr., 2015.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 2, p. 525-45, abr./jun., 2015.

_____. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface**, Botucatu, SP, v. 20, n. 59, p. 879-92, out./dez., 2016.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2 ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

_____. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 23, n. 2, p. 502-7, abr./jun., 2014.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v.23, n.1, p.265-76, jan./mar., 2014.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, Minnesota (US), v. 35, n. 6, p. 382-6, nov./dec.,1986.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 171-94, abr./jun. 2015.

LUO, Q. et al. Evaluation of responsiveness of community health services in urban China: a quantitative study in Wuhan city. **PLoS ONE**, v. 8, n. 5, p. e62923, may., 2013.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependence between the levels of care in Brazilian Health System (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers. **Interface**, Botucatu, SP, v. 18, n. 51, p. 647-59, out./dez., 2014.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-28, jun., 2011.

MACHADO, C. V. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 2, e00170614, fev., 2016a.

MACHADO, K. Unidades de pronto atendimento (UPA). **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, RJ, n. 83, p. 12-6, jul., 2009.

MACHADO, L. M. et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 1, p. 4026-35, jan./mar., 2016b.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7 ed. 7 reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 22, n. 3, p. 780-8, jul./set., 2013.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SIVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à

prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, A. S. et al. Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 27, n. 6, p. 505-12, nov./dez., 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MISHIMA, S. M. et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, e2673, 2016.

MOHAMMADI, A.; KOOROSH, K. Responsiveness in the healthcare settings: a survey of inpatients. **International Journal of Hospital Research**, v. 3, n. 3, p.123-32, 2014.

MOHAMMED, S. et al. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: users' perspectives. **BMC Health Services Research**, London (England), v. 13, 502, dec., 2013.

MORAIS, A. S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], Goiânia, GO, v. 15, n. 1, p. 112-20, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>>

MORAIS, L. S. et al. Operacionalização do serviço móvel de urgência em unidades regionalizadas. **Revista de Enfermagem UFPE on line** [Internet], Recife, PE, v. 9, n. Supl. 9, p. 9945-56, 2015. Disponível em: <
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8740/pdf_8934>. Acesso em: 08 Jan. 2017.

MOSALLAM, R. A.; ALY, M. M.; MOHARRAM, A. M. Responsiveness of the health insurance and private systems in Alexandria, Egypt. **Journal of the Egyptian Public Health Association**, London (England), v. 88, n. 1, p. 46-51, apr. 2013.

MURTHY, S., LELIGDOWICZ, A., ADHIKARI, N. K. J. Intensive care unit capacity in low-income countries: a systematic review. **PLoS ONE**, San Francisco (United States), v. 10, n. 1, e0116949, 2015.

NAJAFI, F. et al. Health system responsiveness after health sector evolution plan (HSEP): an inpatient survey in Kermanshah in 2015. **Medical journal of the Islamic Republic of Iran**, Tehran (Iran), v. 30:387, jun., 2016.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], Goiânia, GO, v. 13, n. 4, p. 597-603, out./dez., 2011a. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>>. Acesso em: 05 Out. 2014.

_____. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 1, p. 84-8, jan./mar., 2011b.

NGUYEN L.; BELLUCCI, E.; NGUYEN, L. T. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. **International Journal of Medical Informatics**, v. 83, n. 11, p. 779-96, nov., 2014.

NORBERG, G. et al. Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: retrospective patient record study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Oslo, v. 33, n. 4, p. 311-7, dec., 2015.

NOVAES, H. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 34, n. 5, p. 547-59, out., 2000.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 1, p. 141-60, 2012.

_____. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v. 22, n. 1, p. 199-210, jan./mar., 2013.

O'DWYER, G. et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 7, p. 2189-200, jul., 2016.

OLIVEIRA, G. N. et al. Profile of the population cared for in a referral emergency unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 3, p. 548-56, mai./jun., 2011.

OLIVEIRA, K. K. D. et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 17, n. 1, p. 148-56, jan./mar., 2013a.

OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 2, p. 500-6, mar./abr., 2013b.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de pronto atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan./mar., 2015a.

OLIVEIRA, R. J. T. et al. Care management in nursing within emergency care units. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 405-14, sep./dec., 2015b.

OLIVEIRA, T. A.; PINTO, K. A. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 14, n. 2, p. 1122-9, abr./jun., 2015.

OLIVEIRA, G. N. et al. Avaliação e classificação de risco: tempo de espera dos usuários de baixa gravidade. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 6, n. 1, p. 21-8, jan./mar., 2016a.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: um estudo de metassíntese. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 15, n. 2, p. 374-82, abr./jun., 2016b.

OSTERNE, M. S. F. Atualidades da “questão social”, da justiça social e da gestão de políticas públicas. In: MACAMBIRA, J.; ANDRADE, F. R. B. (Org). **Estado e políticas sociais: fundamentos e experiências**. Fortaleza: IDT, UECE, 2014, p. 35-55.

PAPP, R. et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. **BMC Family Practice**, 15:128, 2014.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artemed, 2010.

PELEGRINI, A. H. W. et al. Organization of health services attention to emergencies: narrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 9, n. 1, jul., 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2888/657>>. Acesso em: 30 Jun. 2014.

PELTZER, K.; PHASWANA-MAFUYA, N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. **Global Health Action**, v. 5: 18545, nov., 2012.

PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista de Políticas Públicas**, São Luis, MA, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun., 2008.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 20, n. 6, p. 1041-7, nov./dez., 2012.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 564-76, jul./set., 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York (United States), v. 29, p. 489-97, oct., 2006.

_____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução de Denise Regina de Sales. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRUDÊNCIO, C. P. G. et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, BA, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun., 2016.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, RS, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set., 2009.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 1, jan./mar., 1990.

RIBEIRO, C.; DAVIES, V. F. Institucionalizar a avaliação em saúde? **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, SC, v. 3, n. 4, p. 11-3, 2012.

RODRIGUES, A. V. D. et al. Responsividade do serviço de enfermagem na visão do cliente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v.46, n. 6, p. 1446-52, dez., 2012a.

_____. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n. 1, p. 167-74, fev., 2012b.

SAJJADI F. et al. Health system responsiveness for outpatient care in people with diabetes Mellitus in Tehran. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, v. 29:293, nov., 2015.

SALDANHA, E. A. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à prostatectomia: identificação da significância dos seus componentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 430-7, mai./jun., 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 40, n. 108, p. 48-63, jan./mar., 2016a.

_____. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 3, p. e00172214, mar., 2016b.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 12, n. 4, p. 999-1010, jul./ago., 2007.

SCHEERHAGEN, M. et al. Measuring client experiences in maternity care under change: development of a questionnaire based on the WHO responsiveness model. **PLoS ONE**, San Francisco (United States), v.10, n. 2, e0117031, feb., 2015.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. Supl. 3, p. 3579-86, nov., 2010.

SHIMIZU, H. E. et al. Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona urbana. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 29, n. 3, p. 332-9, mai./jun., 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, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 6, p. 2753-62, jun., 2011.

SILVA, G. S. et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, PE, v. 12, n. 4, p. 445-58, out./dez., 2012.

SILVA, M. F. N. et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 22, n. 2, p. 218-25, mar./abr., 2014.

SILVA, P. L. et al. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 50, n. 3, p. 427-33, mai./jun., 2016.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 54-61, jan./fev., 2016.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, SP, v.20, n.4, p.991-1004, out./dez., 2011.

SOARES, F. R. R. et al. Regionalização dos serviços móveis de urgência a partir da política nacional de atenção às urgências. **Revista de Enfermagem UFPE on line** [Internet], Recife, PE, v. 7, n. 5, p. 4332-9, jun., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4132/pdf_2711>. Acesso em: 8 Jan. 2017.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, p. 1283-93, apr., 2014.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 133-56.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, RS, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez., 2006.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v.12, n. 4, p. 581-6, jan./mar., 2008.

SOUZA, C. C. et al. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín (Colômbia), v. 32, n. 1, p. 78-86, jan./abr., 2014.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007. p. 121-36.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 4, p. 821-8, abr., 2012.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte (MG). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, 2009, 138p.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. 107, p. 972-83, out./dez., 2015.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul./set., 2005.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO, L. V. C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis Revista de**

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 2, p. 589-611, abr./jun., 2013.

van der KOOY, J. et al. Validity of a questionnaire measuring the World Health Organization concept of health system responsiveness with respect to perinatal services in the dutch obstetric care system. **BMC Health Services Research**, London (UK), v. 14, n. 622, dec., 2014.

van der LINDEN, C. et al. Emergency department crowding in The Netherlands: managers' experiences. **International Journal of Emergency Medicine**, London, v. 6, n.1, p. 41, out., 2013.

van der LINDEN, M. C.; MEESTER, B. E. A. M.; van der LINDEN, N. Emergency department crowding affects triage processes. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 29, n. spe, p. 27-31, nov., 2016.

VELOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 33, n. 4, p.126-32, 2012.

VELLOSO, I. S. C. et al. Gerenciamento da diferença: relações de poder e limites profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência. **Referência - Revista de Enfermagem**, Coimbra (Portugal), v. IV, n. 2, p. 71-9, may./jun., 2014.

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 35, n. 3, p. 21-8, set., 2014.

_____. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da dimensão resultado na perspectiva de trabalhadores. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 15, n. 1, p. 85-92, jan./mar., 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 43, n. 2, p. 426-34, jun., 2009.

VITURI, D. W. et al. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 5, p. 1179-87, set./out., 2013.

WEYKAMP, J. M. et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, CE, v. 16, n. 3, p. 327-36, mai./jun., 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

_____. **The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study**. World Health Organization, December 2005.

WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). **Health systems: emergency-care systems [WHA resolution 60.22]**. World Health Organization web site. 2007. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/mnh/A60_R22-en.pdf>. Acesso em: 05 Jan., 2017.

ZAMANZADEH, V. et al. Details of content validity and objectifying it in instrument development. **Nursing Practice Today**, Tehran (Iran), v. 1, n. 3, p. 163-71, jul., 2014.

ZOMORODI, M.; LYNN, M. R. Instrument development measuring critical care nurses' attitudes and behaviors with end-of-life care. **Nursing Research**, Minnesota (US), v. 59, n. 4, p. 234-40, jul./ago., 2010.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE

FORMULÁRIO - USUÁRIO

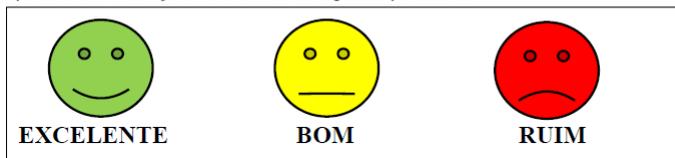
Data da aplicação: ___/___/___

Nº _____

I. Informações:

1. Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Procedência (cidade/Estado): _____
4. Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
5. Estado civil: () Solteiro () Casado () 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.
6. Renda familiar: _____ R\$
7. Você está sendo atendido no ACCR pela primeira vez? () SIM () NÃO

II. Em relação à sua experiência como usuário do ACCR em Teresina, o que expressa sua opinião sobre o serviço de acordo com os seguintes parâmetros:



DIMENSÕES/ QUESTÕES	Excelente	Bom	Ruim	Não se aplica	Sem resposta
DIGNIDADE					
Seu atendimento de 1ª vez no ACCR foi?					
Seu atendimento subsequente no ACCR foi?					
O respeito dos funcionários da recepção com você foi?					
O respeito dos funcionários da portaria com você foi?					
O respeito do enfermeiro do ACCR com você foi?					
O respeito do técnico de enfermagem do ACCR com você foi?					
O respeito do médico com você foi?					
O nível de consideração para com você no ACCR foi?					
O respeito pela sua privacidade no ACCR foi?					
CONFIDENCIALIDADE	Excelente	Bom	Ruim	Não se aplica	Sem resposta
O sigilo/segredo/confidencialidade no ACCR foi?					
COMUNICAÇÃO					

A comunicação da equipe do ACCR com você foi?					
A qualidade das informações esclarecidas no ACCR foi?					
A localização e identificação dos setores do ACCR?					
A facilidade para conseguir informações no ACCR?					
AGILIDADE					
O tempo de espera para você ser atendido (a) no ACCR foi?					
As explicações dadas pela equipe do ACCR sobre o tempo de espera foram?					
A espera por atendimento médico após consulta com o enfermeiro foi?					
A espera pela administração de medicamentos foi?					
INSTALAÇÕES					
A limpeza do local de espera para atendimento?					
O conforto do local de espera para atendimento?					
A limpeza do consultório de enfermagem?					
O conforto do consultório de enfermagem?					
A limpeza do consultório médico?					
O conforto do consultório médico?					
A limpeza dos banheiros?					
A limpeza do local para coleta de exames?					
O conforto do local para coleta de exames?					
SUPORTE SOCIAL					
O encaminhamento de seus problemas para o Serviço Social foi?					
O atendimento do Serviço Social no ACCR foi?					

III. De acordo com sua experiência como usuário do ACCR:

DIMENSÕES/ PERGUNTAS	SIM	ÀS VEZES	NÃO	SEM RESPOSTA
DIGNIDADE				
Houve problemas no atendimento pelos funcionários da recepção?				
Houve problemas no atendimento pelos funcionários do ACCR?				
Houve problemas no atendimento pelos funcionários de outros setores?				
Você sofreu algum preconceito no ACCR?				
CONFIDENCIALIDADE				
Você confia na confidencialidade do seu atendimento no ACCR?				
COMUNICAÇÃO				
Você teve abertura para falar com os profissionais da equipe do ACCR?				
Você recebeu informações claras e suficientes da equipe do ACCR?				
Foi fornecido a você tempo suficiente para tirar dúvidas?				
Os locais de atendimento do ACCR estão bem localizados e sinalizados?				
Foi assegurado a você algum meio para realizar reclamações?				
AGILIDADE				
Você ficou impaciente com o tempo de espera?				
INSTALAÇÕES				
Você percebeu algum problema na estrutura do serviço que comprometesse seu atendimento?				
SUPORTE SOCIAL				
Seu problema foi encaminhado para resolução em outro setor, como serviço social?				

ANEXO 2

Country:

No:

Key Informant Survey on Responsiveness

This questionnaire is trying to find out what you think about the non-medical aspects of the health system in your country as a whole. The health system includes any aspect of health related activity in public and private, organised and traditional sectors and involves the entire population in your country. Fifty (50) persons in your country involved in the health sector in different capacities are being asked to fill out this questionnaire.

A.

1. Dignity

Please circle the relevant response below:

A1.1	How often are patients treated with respect?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A1.2	How often are the human rights of patients with communicable diseases such as AIDS or leprosy safeguarded within the health system?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A1.3	How often are patients encouraged to discuss their concerns freely?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A1.4	How often are patients encouraged to ask questions about diseases, treatment and care?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A1.5	How often is respect shown for the patient's desire for privacy during treatment and examinations?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4

- A1.6 Considering all the factors that you have reported on above, how would you rate the health system in your country in terms of treating patients with dignity on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

2. Autonomy

Please circle the relevant response below:

A2.1	How often are patients provided information on alternative treatment options?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A2.2	How often are patients consulted about their preferences over alternative treatment options?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A2.3	How often is patient consent sought before testing or starting treatment	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4

- A2.4 Considering all the factors that you have reported on above, how would you rate the health system in your country in terms of giving patients autonomy on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

3. Confidentiality

Please circle the relevant response below:

A3.1	How often are consultations carried out in a manner that protects patient confidentiality?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A3.2	How often is the confidentiality of information provided by patients preserved (except if the information is needed by other health care providers)?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A3.3	How often is the confidentiality of patients' medical records preserved (except if the information is needed by other health care providers)?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4

- A3.4 Considering all the factors that you have reported on above, how would you rate the health system in your country in terms of protecting patient confidentiality on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

4. Prompt Attention

Please circle the relevant response below:

A4.1	What share of individuals in your country are served by geographically accessible health care facilities?	Less than 25% 1	25%-49% 2	50%-75% 3	Above 75% 4
A4.2	What share of individuals in your country know they have access to emergency care fast, if they ever needed it?	Less than 25% 1	25%-49% 2	50%-75% 3	Above 75% 4
A4.3	How often is the length of time spent at health care units waiting for consultation/ treatment reasonable?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A4.4	How often is the duration of time spent on waiting lists for non-emergency surgery reasonable?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4

- A4.5 Considering all the factors that you have reported on above, how would you rate the health system in your country in terms of providing prompt attention on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

5. Access to social support networks during care

The following questions relate to access to social support networks during inpatient care.

Please circle the relevant response below:

A5.1	How often do patients have an opportunity to have visitors?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A5.2	How often do patients have the opportunity to have their personal needs taken care of by friends and family?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A5.3	How often do patients have the opportunity to involve themselves in religious activities?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4

- A5.4 Considering all the factors that you have reported on above, how would you rate the health system in your country in terms of providing access to social support networks during care on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

6. Quality of Basic Amenities

Consider the health care units in your country in general, and circle the appropriate response below:

A6.1	How would you rate the cleanliness of health care units?	Very poor 1	Poor 2	Good 3	Very Good 4
A6.2	How would you rate the maintenance of buildings in health care units?	Very poor 1	Poor 2	Good 3	Very Good 4
A6.3	How would you rate the adequacy of furniture in health care units?	Very poor 1	Poor 2	Good 3	Very Good 4
A6.4	How would you rate the nutrition and edibility of food provided to inpatients in health care units?	Very poor 1	Poor 2	Good 3	Very Good 4
A6.5	How would you rate access to clean water at health care units?	Very poor 1	Poor 2	Good 3	Very Good 4
A6.6	How would you rate the cleanliness of toilets in health care units?	Very poor 1	Poor 2	Good 3	Very Good 4
A6.7	How would you rate the cleanliness of linen in health care units?	Very poor 1	Poor 2	Good 3	Very Good 4

- A6.8 Considering all the factors that you have reported on above, how would you rate the health system in your country in terms of the quality of basic amenities on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

7. Choice of Care Provider

Please circle the relevant response below:

A7.1	How often do individuals have a choice between health care providers in a health care unit?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A7.2	How often do individuals have a choice between health care units?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4
A7.3	How often do individuals have the opportunity to see a specialist, if they wish to?	Never 1	Sometimes 2	Usually 3	Always 4

- A7.4 Considering all the factors that you have reported on above, how would you rate the health system in your country in terms of choice with regard to care provider on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

8. The Responsiveness of the health system

Considering the seven aspects of responsiveness that you have reported on above, how would you rate the health system in your country on a 0 to 10 scale, with 0 being the poorest score and 10 being the best.

ANEXO 3

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**Identificação:**

UPA do município de:

Idade: _____ anos

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda ()
Indígena

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Sexo: () Feminino () Masculino

Função: () Enfermeiro () médico () Gestor

Tempo de atuação nessa UPA: _____ (meses ou anos)

Ano de formação profissional: _____

Para realizar esta avaliação é importante que você como profissional compreenda o ACCR em uma perspectiva ampliada de atendimento ao usuário na UPA, ou seja, como uma atitude ou ação de inclusão do usuário que não se esgota na etapa da sua recepção no serviço e que não inclui apenas o momento em que é realizada a sua avaliação com classificação de risco pelo enfermeiro. Assim, o ACCR deve ser entendido como uma ação ou prática de inclusão do usuário que ocorre em todos os locais e momentos do atendimento, desde a sua chegada até a alta do serviço de saúde.

Neste questionário, composto por 21 afirmações, o objetivo é avaliar o acolhimento com classificação de risco nesta Unidade de Pronto Atendimento – UPA. Por favor, leia atentamente cada uma das informações e assinale um X no número da escala (de 1 a 5) que melhor representa sua opinião. Sua participação neste estudo é muito importante.

Explica-se que o número 3 da escala é considerado como “indiferente” ou “sem opinião”.

1	2	3	4		5	
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo		Concordo totalmente	
N.	Item	Escala				
01	A estrutura física promove conforto ao usuário e acompanhante	1	2	3	4	5
02	O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano	1	2	3	4	5
03	Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco	1	2	3	4	5
04	O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporciona privacidade ao usuário	1	2	3	4	5
05	O espaço físico não é suficiente para acolher ao acompanhante	1	2	3	4	5
06	A sinalização do ambiente é clara e suficiente para direcionamento do usuário ao atendimento	1	2	3	4	5
07	Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda equipe	1	2	3	4	5
08	Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco	1	2	3	4	5
09	As condutas a serem tomadas, descritas no protocolo de Acolhimento com	1	2	3	4	5

	Classificação de Risco, não são conhecidas por todos os profissionais da UPA					
10	As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco	1	2	3	4	5
11	Os profissionais contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável	1	2	3	4	5
12	O fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à clareza e objetividade	1	2	3	4	5
13	O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso, e não de acordo com a ordem de chegada	1	2	3	4	5
14	O usuário que não corre risco imediato, assim como seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento	1	2	3	4	5
15	Os profissionais estão treinados para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana	1	2	3	4	5
16	Nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário	1	2	3	4	5
17	A equipe multiprofissional que atua nesse serviço	1	2	3	4	5

	trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários					
18	Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente	1	2	3	4	5
19	Mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco, os pacientes graves não são priorizados para o atendimento	1	2	3	4	5
20	Os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde	1	2	3	4	5
21	Os profissionais se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento	1	2	3	4	5

Fonte: instrumento adaptado de Belluci Júnior e Matsuda (2012b).

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Organização de Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina para a atenção às urgências: estudo misto.

Pesquisador: ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43555715.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA E INOVAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.048.858

Data da Relatoria: 27/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto intitulado Organização de Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina para a atenção às urgências: estudo misto, a ser desenvolvido no âmbito do Doutorado da pesquisadora Patrícia Madalena Vieira Hermida, com a orientação da pesquisadora Eliane R. P. Nascimento.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo avaliar Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina. Será realizada em duas Unidades de Pronto Atendimento, uma do município de Itajaí e outra de Biguaçu. O estudo envolverá três diferentes populações e amostras: profissionais de saúde; gestores; e, usuários dos serviços. O objetivo primário consiste em Avaliar a organização de Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina, nas perspectivas de gestores, profissionais de saúde e usuários, fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências e na avaliação em saúde. Como objetivo secundário a pesquisa pretende: Avaliar a estrutura de Unidades de Pronto Atendimento em relação à assistência à saúde, integração interinstitucional e gestão; Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva dos profissionais de saúde, gestores e usuários de Unidades de Pronto Atendimento. Qualitativo; Compreender como ocorre o sistema de referência e contrarreferência na atenção às urgências nos municípios.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vítor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.048.858

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e inerentes a realização da pesquisa. É colocado, entretanto se o participante senti algum desconforto emocional o mesmo será atendido pela pesquisadora ou por um profissional da psicologia do próprio serviço ou da respectiva Secretaria Municipal de Saúde. Como benefício é apontado o desenvolvimento da produção científica na área da saúde. Acredita-se que os resultados deste estudo possam subsidiar os gestores em estratégias para a melhoria da assistência à saúde das Unidades de Pronto Atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante uma vez que pretende analisar se a organização de Unidades de Pronto Atendimento do Sistema Único de Saúde atende aquilo que se propõe, ou seja, deve estar fundamentada nas diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências para que seja assegurada uma assistência de qualidade, especialmente nas situações agudas do processo saúde-doença, o que pressupõe um atendimento integral e humanizado com foco no usuário do serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, sem pendências e inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.048.858

FLORIANOPOLIS, 05 de Maio de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

APÊNDICE 1

<https://br-mg6.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=5m2201ejmos2>

Assunto: RE: instrumento_dissertação_urgente

De: lucyanna campos goncalves (lucyannacamposgoncalves@yahoo.com.br)

Para: patymadale@yahoo.com.br;

Data: Quarta-feira, 28 de Janeiro de 2015 14:16

Patricia,
Bom dia!
É um prazer poder contribuir! Devidamente autorizado!
Meu abraço pra professora Eliane!
Atenciosamente,
Lucyanna Campos

Enviado do Yahoo Mail para iPhone

Em 28/01/2015 13:10:33, Patricia Hermida escreveu:
Bom dia, Lucyanna.

Estou realizando o meu projeto de doutorado sobre a avaliação das Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina, sob orientação da profa. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, que participou da banca de sustentação da sua dissertação.

Por questões éticas e legais, envio este e-mail com o objetivo de solicitar sua autorização para que possamos utilizar o seu instrumento de coleta de dados sobre a avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, disponível na sua dissertação. Aproveito para informar que, se autorizado o uso, o mesmo será implementado na minha pesquisa em uma versão adaptada aos pressupostos da responsividade na avaliação em saúde.

Aguardo o seu retorno o mais breve possível, uma vez que preciso entregar até 2a. feira o projeto para a qualificação junto à banca examinadora.

Antecipadamente agradeço pela compreensão e colaboração e fico aguardando seu retorno.

Atenciosamente,
Patricia Madalena Vieira Hermida
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Catarina

APÊNDICE 2

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

FORMULÁRIO - USUÁRIO

Data da aplicação: ___/___/___ N° usuário na amostra: _____

I. Identificação da UPA

1. Município: _____

II. Informações do usuário:

1. Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Procedência (cidade/estado): _____
4. Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
5. Estado civil: () Solteiro () Casado () 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 pela primeira vez? () SIM () NÃO

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

A. Dignidade

1	Quantas vezes você foi tratado com respeito no ACCR realizado pelo enfermeiro?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
2	Quantas vezes você foi tratado com respeito no atendimento realizado pelos outros	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4

	profissionais?				
3	Quantas vezes você foi incentivado/estimulado a falar livremente sobre as suas preocupações/problemas?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
4	Quantas vezes foi respeitada a sua privacidade durante o exame físico realizado pelo enfermeiro?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
5	Quantas vezes foi respeitada a sua privacidade durante o exame físico realizado pelo médico?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4

Considerando as perguntas sobre o respeito, qual a sua nota para a dignidade no ACCR em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

B. Confidencialidade

6	Quantas vezes foi garantido o sigilo das informações fornecidas por você?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
---	---	------------	----------------	-------------------	-------------

Considerando a pergunta sobre a confidencialidade, qual a sua nota para a garantia do sigilo das informações no ACCR em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

C. Comunicação

7	Qual a sua opinião sobre a comunicação da equipe com você?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
---	--	-----------------	-----------	----------	----------------

8	Qual a sua opinião sobre a comunicação do enfermeiro com você?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
9	Qual a sua opinião sobre a qualidade das informações fornecidas?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
10	Qual a sua opinião sobre a localização e identificação dos setores?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
11	Qual a sua opinião sobre a facilidade para conseguir informações?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4

Considerando as perguntas sobre a comunicação, qual a sua nota para as informações em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

D. Agilidade

12	Quantas vezes o tempo de espera para o acolhimento foi razoável?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
13	Quantas vezes você recebeu informação do enfermeiro sobre o tempo de espera?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
14	Quantas vezes o tempo de espera por atendimento médico após consulta com o enfermeiro foi razoável?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
15	Quantas vezes o tempo de espera para a administração do medicamento foi razoável?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4

Considerando as perguntas sobre a agilidade no atendimento, qual a sua nota para o tempo de espera em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

E. Suporte Social

16	Quantas vezes você teve a oportunidade de ter um acompanhante?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4
17	Quantas vezes você teve a oportunidade de receber aqui na UPA o apoio de amigos e familiares?	Nunca 1	Raramente 2	Quase sempre 3	Sempre 4

Considerando as perguntas sobre o suporte social, qual a sua nota para o apoio de familiares/amigos/acompanhantes em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

F. Instalações

18	Qual a sua opinião sobre a limpeza do local de espera para atendimento?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
19	Qual a sua opinião sobre a limpeza dos banheiros?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
20	Qual a sua opinião sobre a limpeza do consultório de enfermagem?	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
21	Qual a sua opinião sobre a limpeza do consultório médico	Muito ruim 1	Ruim 2	Boa 3	Muito boa 4
22	Qual a sua opinião sobre a	Muito	Ruim	Boa	Muito

	limpeza do local para coleta de exames?	ruim 1	2	3	boa 4
23	Qual a sua opinião sobre o conforto do local de espera para atendimento?	Muito ruim 1	Ruim 2	Bom 3	Muito bom 4
24	Qual a sua opinião sobre o conforto do consultório de enfermagem?	Muito ruim 1	Ruim 2	Bom 3	Muito bom 4
25	Qual a sua opinião sobre o conforto do consultório médico?	Muito ruim 1	Ruim 2	Bom 3	Muito bom 4
26	Qual a sua opinião sobre o conforto do local para coleta de exames?	Muito ruim 1	Ruim 2	Bom 3	Muito bom 4

Considerando as perguntas realizadas sobre as instalações, qual a sua nota para a limpeza e o conforto em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

G. Responsividade do ACCR

Considerando o conjunto dos seis aspectos (dignidade, confidencialidade, comunicação, agilidade, suporte social e instalações) analisados anteriormente, qual a sua nota para o ACCR na UPA em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior pontuação e 10 a melhor.

	Na sua opinião a qualidade das informações fornecidas é?																				
	Na sua opinião a localização e identificação dos setores é?																				
	Na sua opinião a facilidade para conseguir informações é?																				
AGILIDADE	Você considera que o tempo de espera para o acolhimento foi razoável?																				
	Você recebeu informação do enfermeiro sobre o tempo de espera?																				
	Você considera que o tempo de espera por atendimento médico após consulta com o enfermeiro foi razoável?																				

Na sua opinião a limpeza do consultório médico é?																			
Na sua opinião a limpeza do local para coleta de exames é?																			
Na sua opinião o conforto do local de espera para atendimento é?																			
Na sua opinião o conforto do consultório de enfermagem é?																			
Na sua opinião o conforto do consultório médico é?																			
Na sua opinião o conforto do local para coleta de exames é?																			

Você ainda deve analisar a Responsividade do ACCR na UPA, considerando o conjunto dos seis domínios avaliadas acima.

Exequibilidade				Objetividade				Simplicidade				Clareza				Pertinência				Precisão			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Itens necessários, porém ausentes no instrumento	

Ítems desnecessários no instrumento	

APÊNDICE 4

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

Data da aplicação: ___/___/___ N° da entrevista: _____

I. Identificação da UPA:

1. Município: _____

II. Informações do usuário:

1. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Procedência (cidade/estado): _____
4. Raça: Branca Preta Amarela Parda Indígena
5. Estado civil: Solteiro Casado União Estável 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 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 no Acolhimento com Classificação de Risco realizado pelo enfermeiro?	1	2	3	4	5

2	Você foi tratado com respeito no atendimento realizado pelos outros profissionais?*	1	2	3	4	5
3	Você foi incentivado/estimulado a falar livremente sobre as suas preocupações/problemas?*	1	2	3	4	5
4	Foi respeitada a sua privacidade durante o exame físico realizado pelo enfermeiro, 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	Foi respeitada a sua privacidade durante o exame físico realizado pelo médico, por exemplo: avaliação de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, tablet ou outros?	1	2	3	4	5

* Nas **questões 2 e 3** quando o usuário responder *Nunca (1)*, *Raramente (2)* ou *Quase sempre (3)*, **especificar o(s) profissional(is)** a quem ele está atribuindo a resposta.

Questão 2 - Especificar: _____

Questão 3 - Especificar: _____

Considerando as perguntas **sobre o respeito**, qual a sua nota para a **dignidade no Acolhimento com Classificação de Risco** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

B. Confidencialidade

Questão	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre	Não Informado	
6	Foi garantido o sigilo (privacidade) das informações fornecidas por você?	1	2	3	4	5

Considerando a pergunta **sobre a confidencialidade**, qual a sua nota para a **garantia do sigilo das informações no Acolhimento com Classificação de Risco** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

C. Comunicação - Na sua opinião:

Questão	Muito ruim	Ruim	Boa	Muito boa	
7	A comunicação do enfermeiro com você foi?	1	2	3	4
8	A comunicação da equipe com você foi? *	1	2	3	4
9	A qualidade das informações (informações claras, objetivas e de fácil compreensão) fornecidas foi? *	1	2	3	4
10	A localização e identificação dos setores (ambientes, salas) foi?	1	2	3	4
11	A facilidade para conseguir informações sobre o seu estado de saúde foi? *	1	2	3	4

* Nas **questões 8, 9 e 11** quando o usuário responder *Nunca (1)*, *Raramente (2)* ou *Quase sempre (3)*, **especificar o(s) profissional(is)** a quem ele está atribuindo a resposta.

Questão 8 - Especificar: _____

Questão 9 - Especificar: _____

Questão 11 - Especificar: _____

Considerando as perguntas **sobre a comunicação**, qual a sua nota para as **informações** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

D. Agilidade

	Questão	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre
12	Você considera que o tempo de espera para o acolhimento foi adequado?	1	2	3	4
13	Você recebeu informação do enfermeiro sobre o tempo de espera?	1	2	3	4
14	Você considera que o tempo de espera por atendimento médico após consulta com o enfermeiro foi adequado?	1	2	3	4
15	Você considera que o tempo de espera para a administração do medicamento foi adequado?	1	2	3	4

Considerando as perguntas **sobre a agilidade no atendimento**, qual a sua nota para o **tempo de espera** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

E. Suporte Social – Você teve a oportunidade de:

Questão		Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre
16	Ter um acompanhante?	1	2	3	4
17	Receber apoio de amigos e/ou familiares o apoio não fornecido pela UPA (alimentação, roupa, entre outros)?*	1	2	3	4

* Na **questão 17** quando o usuário responder *Raramente* (2), *Quase sempre* (3) ou *Sempre* (4), especificar o **tipo de apoio recebido**:

Considerando as perguntas **sobre o suporte social**, qual a sua nota para o **apoio de amigos e/ou familiares** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

F. Instalações – Na sua opinião:

Questão		Muito ruim	Ruim	Boa	Muito boa/bom	Não se Aplica
18	A limpeza do local de espera para atendimento foi?	1	2	3	4	5
19	A limpeza dos banheiros foi?	1	2	3	4	5
20	A limpeza do consultório de enfermagem	1	2	3	4	5

	foi?					
21	A limpeza do consultório médico foi?	1	2	3	4	5
22	A limpeza do local para coleta de exames foi?	1	2	3	4	5
23	O conforto do local de espera para atendimento foi?	1	2	3	4	5
24	O conforto do consultório de enfermagem foi?	1	2	3	4	5
25	O conforto do consultório médico foi?	1	2	3	4	5
26	O conforto do local para coleta de exames foi?	1	2	3	4	5

Considerando as perguntas realizadas **sobre as instalações**, qual a sua nota para a **limpeza** e o **conforto** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

APÊNDICE 5

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

Data da aplicação: ___/___/___ N° da entrevista: _____

I. Identificação da UPA:

1. Município: _____

II. Informações do usuário:

1. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Procedência (cidade/estado): _____
4. Raça: Branca Preta Amarela Parda Indígena
5. Estado civil: Solteiro Casado União Estável 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 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	1	2	3	4	5

	com Classificação de Risco?					
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 à 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:	1	2	3	4	5

	avaliação de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, tablet ou outros?					
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

Considerando as perguntas **sobre o respeito**, qual a sua nota para a **dignidade no Acolhimento com Classificação de Risco** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

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 ou 2: Com quais profissionais a comunicação foi assim?				
8	Como foram as informações que você recebeu (claras e fáceis de entender)?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1 ou 2: Quem são os profissionais que forneceram informações assim?				
9	A localização e identificação dos setores (ambientes, salas) foi?	1	2	3	4
10	Como foi conseguir informações com os profissionais sobre a sua situação de saúde?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1 ou 2: Com quais profissionais conseguir informações foi assim?				

Considerando as perguntas **sobre a comunicação**, qual a sua nota para as **informações** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

C. Agilidade

Questão		Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre
11	O tempo de espera para o acolhimento foi	1	2	3	4

	adequado?				
12	Você recebeu informação do enfermeiro sobre o tempo de espera?	1	2	3	4
13	O tempo de espera para o atendimento médico após consulta com o enfermeiro foi adequado?	1	2	3	4
14	O tempo de espera para a administração do medicamento foi adequado?	1	2	3	4

Considerando as perguntas **sobre a agilidade no atendimento**, qual a sua nota para o **tempo de espera** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

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?	
---	--

Considerando as perguntas **sobre o suporte social**, qual a sua nota para o **apoio de amigos e/ou familiares** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

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
18	E como foi o conforto do local de espera para o atendimento?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1 ou 2: perguntar por quê.					
19	A limpeza dos banheiros foi?	1	2	3	4	5
20	A limpeza do consultório de enfermagem foi?	1	2	3	4	5
21	E como foi o conforto do consultório de enfermagem?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1 ou 2: perguntar por quê.					
22	A limpeza do consultório médico foi?	1	2	3	4	5
23	E como foi o conforto do consultório médico?*	1	2	3	4	5

	*Se a resposta foi 1 ou 2: perguntar por quê.					
24	A limpeza do local para coleta de exames foi?	1	2	3	4	5
25	E como foi o conforto do local para coleta de exames?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1 ou 2: perguntar por quê.					

Considerando as perguntas realizadas **sobre as instalações**, qual a sua nota para a **limpeza** e o **conforto** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

APÊNDICE 6

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

Data da aplicação: ___/___/___ N° da entrevista: _____

I. Identificação da UPA:

1. Município: _____

II. Informações do usuário:

1. Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____
2. Sexo: Feminino Masculino
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 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	1	2	3	4	5

	enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco?					
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 à 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	1	2	3	4	5

	privacidade, por exemplo: avaliação de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, tablet ou outros?					
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

Considerando as perguntas **sobre o respeito**, qual a sua nota para a **dignidade no Acolhimento com Classificação de Risco** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

B. Comunicação - Na sua opinião:

Questão		Muito ruim	Ruim	Boa/bom	Muito boa/bom
6	A comunicação do	1	2	3	4

	enfermeiro com você foi?				
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 poderia ser melhor para conseguir informação?				

Considerando as perguntas **sobre a comunicação**, qual a sua nota para as **informações** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a 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?	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

Considerando as perguntas **sobre a agilidade no atendimento**, qual a sua nota para o **tempo de espera** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

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
1	Receber de	1	2	3	4	5

6	amigos e/ou familiares o apoio que não é fornecido pela UPA (alimentação, roupa, entre outros)?*					
	* Se a resposta foi 2, 3 ou 4: Qual foi o tipo de apoio recebido?					

Considerando as perguntas **sobre o suporte social**, qual a sua nota para o **apoio de amigos e/ou familiares** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor. (**não perguntar para a nota se as respostas para ambas as questões – 15 e 16 - forem não se aplica**)

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 quê.					
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 quê.					
19	A limpeza dos banheiros foi?	1	2	3	4	5
20	A limpeza do	1	2	3	4	5

	consultório de enfermagem foi?					
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.					
21	E como foi o conforto do consultório de enfermagem?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.					
22	A limpeza do consultório médico foi?	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.					
23	E como foi o conforto do consultório médico?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.					
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 quê.					
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 quê.					

Considerando as perguntas realizadas **sobre as instalações**, qual a sua nota para a **limpeza** e o **conforto** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

	Você foi tratado com respeito no atendimento realizado pelos outros profissionais?																					
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quem são os profissionais que não trataram você com respeito?																					
	Você teve a oportunidade de falar à vontade sobre o seu problema de saúde?*																					

	<p>* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quem são os profissionais que não deram oportunidade para você falar?</p>																			
	<p>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?</p>																			

	<p>* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Com quais profissionais a comunicação poderia ser melhor?</p>																			
	<p>Como foram as informações que você recebeu (claras e fáceis de entender)?*</p>																			
	<p>* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Com quais profissionais as informações poderiam ser melhor?</p>																			

A localização e identificação dos setores (ambientes, salas) foi?*																				
* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: O que poderia ser melhor?																				
Como foi conseguir informações com os profissionais sobre a sua situação de saúde?*																				
* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Com quais profissionais poderia ser melhor para conseguir informação?																				

AGILIDADE	O tempo de espera para o acolhimento foi adequado?																				
	Você recebeu informação do enfermeiro no acolhimento sobre o tempo de espera?																				
	O tempo de espera para o atendimento médico após o acolhimento com o enfermeiro foi adequado?																				
	O tempo de espera para a administração do medicamento após o atendimento médico foi adequado?																				

E como foi o conforto do local de espera para o atendimento?*																				
*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.																				
A limpeza dos banheiros foi?																				
A limpeza do consultório de enfermagem foi?																				
*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.																				
E como foi o conforto do consultório de enfermagem?*																				

*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.																				
A limpeza do consultório médico foi?																				
*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.																				
E como foi o conforto do consultório médico?*																				
*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.																				

	A limpeza do local para coleta de exames foi?																			
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.																			
	E como foi o conforto do local para coleta de exames?*																			
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.																			

Itens necessários, porém ausentes no instrumento	
Itens desnecessários no instrumento	

APÊNDICE 8

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

Data da aplicação: ___/___/___ N° da entrevista: _____

I. Identificação da UPA:

1. Município: _____

II. Informações do usuário:

1. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

2. Sexo: Feminino Masculino

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 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	1	2	3	4	5

	Risco?					
2	E no atendimento dos outros profissionais/pessoas que trabalham aqui você foi tratado com respeito?*	1	2	3	4	5
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quem são os profissionais/pessoas que não trataram você com respeito?					
3	Você se sentiu confortável para falar sobre seu problema de saúde?	1	2	3	4	5
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Justificar o por quê.					
4	No exame físico o enfermeiro respeitou a sua privacidade (avaliou de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, equipamentos eletrônicos ou outros)?	1	2	3	4	5
5	E o médico respeitou a sua privacidade no exame físico (avaliou de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferência de atendimento ao telefone, equipamentos eletrônicos ou outros)?	1	2	3	4	5

Considerando as perguntas **sobre o respeito**, qual a sua nota para a **dignidade no Acolhimento com Classificação de Risco** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

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/pessoas que o atenderam?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quais profissionais/pessoas poderiam ter se comunicado melhor?				
8	Como foi o seu entendimento sobre as informações que recebeu?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quais profissionais/pessoas poderiam ter oferecido informações mais claras?				
9	Como foi para localizar os ambientes/salas da UPA?*	1	2	3	4
	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: O que ou como poderia facilitar para				

	localizar os ambientes/salas?				
	Como foi conseguir informações com os profissionais sobre a sua situação de saúde?*	1	2	3	4
10	* Se a resposta foi 1, 2 ou 3: Quais profissionais poderiam ter oferecido informações mais facilmente?				

Considerando as perguntas **sobre a comunicação**, qual a sua nota para as **informações** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

C. Agilidade

	Questão	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre
11	O tempo de espera para o Acolhimento com Classificação de Risco foi adequado?*	1	2	3	4
12	Você recebeu informação do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco sobre o tempo de espera?	1	2	3	4
13	O tempo de espera para o atendimento médico após o Acolhimento com Classificação de Risco, realizado pelo enfermeiro, foi	1	2	3	4

	adequado?*				
14	O tempo de espera para a administração do medicamento após o atendimento médico foi adequado?*	1	2	3	4

* Não se estabeleceu um parâmetro de tempo de espera, assim a expressão “adequado” corresponde à percepção do próprio usuário em relação ao mesmo.

Considerando as perguntas **sobre a agilidade no atendimento**, qual a sua nota para o **tempo de espera** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

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 apoio de amigos e/ou familiares (alimentação, roupa, entre outros)?*	1	2	3	4	5
	* Se a resposta foi 2, 3 ou 4: Qual foi o tipo de apoio recebido?					

Considerando as perguntas **sobre o suporte social**, qual a sua nota para o **apoio de amigos e/ou familiares** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor. (**não perguntar para a nota se as respostas para ambas as questões – 15 e 16 - forem não se aplica**)

E. Instalações – Na sua opinião:

Questão		Muito ruim	Ruim	Boa	Muito boa/bom	Não se Aplica
17	Como estava a limpeza dos ambientes/salas da UPA (sala de espera, banheiros, consultório de enfermagem, consultório médico e local de coleta de exames)?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar onde.					
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.					
18	Como estava o conforto dos ambientes/salas da UPA (sala de espera, banheiros, consultório de enfermagem, consultório médico e local de coleta de exames)?*	1	2	3	4	5
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar onde.					
	*Se a resposta foi 1, 2 ou 3: perguntar por quê.					

Considerando as perguntas realizadas **sobre as instalações**, qual a sua nota para a **limpeza** e o **conforto** em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor.

APÊNDICE 9



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Florianópolis, 18 de Março de 2015.

Prezado(a) Sr(a).

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Organização de uma Unidade de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina para a atenção às urgências**”, cujo projeto está vinculado ao Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O objetivo geral da pesquisa é avaliar a organização de uma Unidade de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina. Dentre os objetivos específicos está avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na perspectiva dos profissionais de saúde, gestor e usuários da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município catarinense. Para tanto, serão utilizados dois instrumentos de coleta de dados, sendo um para os profissionais e gestor e outro para os usuários.

Considerando que o instrumento voltado aos usuários foi elaborado especificamente para este estudo, com base nos pressupostos de avaliação da responsividade concebida pela Organização Mundial da Saúde no ano 2000, torna-se necessária a validação por um grupo de especialistas com reconhecido conhecimento e experiência na área.

Nesse sentido, gostaríamos de poder contar com a sua importante participação realizando a análise crítica do instrumento de coleta de dados que será utilizado junto aos usuários da UPA.

O instrumento elaborado é constituído de duas partes: identificação do usuário e, dados sobre a avaliação do ACCR. A segunda parte é composta por seis domínios e 26 itens relacionados à responsividade. Cada domínio possui um número específico de itens: dignidade (cinco itens); confidencialidade (um item); comunicação (cinco itens); agilidade (quatro itens); suporte social (dois itens) e, instalações (nove itens). Esses domínios são assim definidos:

Dignidade – refere-se ao paciente ser bem recebido e tratado com respeito e consideração no serviço de saúde. Deve ser garantido o respeito à privacidade do usuário durante o atendimento;

Confidencialidade – o sigilo de toda a informação fornecida pelo paciente deve ser assegurado, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto quando a informação é necessária para a realização do tratamento com outros profissionais de saúde;

Comunicação – o serviço deve garantir sinalização adequada sobre os setores tanto através de pessoal como de placas; inclui canais para ouvidoria dos usuários e a facilidade para conseguir informações sobre documentação, procedimentos, exames, entre outros;

Agilidade – os usuários devem conseguir cuidados rápido em emergências e o tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto;

Instalações – meio no qual é oferecido o cuidado de saúde. Deve ser limpo e oferecer, visando o conforto aos pacientes; e,

Suporte social – acesso do usuário a sua rede de suporte social (família e amigos) durante o cuidado prestado pelo serviço de saúde.

As orientações sobre os procedimentos de análise do instrumento encontram-se nas próximas páginas. Solicitamos que a devolução da avaliação do instrumento seja realizada até o dia 06 de abril de 2015.

Desde já agradecemos a sua valiosa participação.

Patrícia Madalena Vieira Hermida

Doutoranda

Dra. Eliane Regina Pereira do

Nascimento

Orientadora

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS JUÍZES

I – A sua participação no estudo será na qualidade de juiz do instrumento.

II – Avalie os seguintes critérios para cada **item** e **domínio** do instrumento de coleta de dados:

Exequibilidade – conceito: a medida é aplicável. Admite apenas uma das respostas: (1) não exequível, (2) incapaz de ser exequível sem revisão, (3) exequível, mas precisa de alteração mínima, (4) exequível;

Objetividade – conceito: resposta pontual. Admite apenas uma das respostas: (1) sem objetividade, (2) incapaz de ter objetividade sem revisão, (3) tem objetividade, mas precisa de alteração mínima, (4) tem objetividade;

Simplicidade – conceito: única ideia, sem outras interpretações. Admite apenas uma das respostas: (1) não tem simplicidade, (2) incapaz de ter simplicidade sem revisão, (3) tem simplicidade, mas precisa de alteração mínima, (4) tem simplicidade;

Clareza – conceito: inteligível, com expressões simples e inequívocas. Admite apenas uma das respostas: (1) não tem clareza; (2) incapaz de ter clareza sem revisão, (3) tem clareza, mas precisa de alteração mínima, (4) tem clareza;

Pertinência – conceito: não insinua atributo diferente do definido. Admite apenas uma das respostas: (1) não tem pertinência; (2) incapaz de ter pertinência sem revisão, (3) tem pertinência, mas precisa de alteração mínima, (4) tem pertinência;

Precisão – conceito: cada questão é distinta das demais e mede o que se propõe medir. Admite apenas uma das respostas: (1) sem precisão; (2) incapaz de ter precisão sem revisão; (3) tem precisão, mas precisa de alteração mínima, (4) tem precisão.

Observação:

No final do instrumento de avaliação dos juízes existem espaços abertos nos quais você pode: acrescentar itens considerados necessários; sugerir a exclusão de itens julgados desnecessários; e, comentários e/ou sugestões.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DO PESQUISADOR

Vale esclarecer que após a avaliação do instrumento por todos os juízes, as respostas de cada avaliação serão analisadas **pelo pesquisador** pela aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para a verificação do nível de concordância entre os juízes em relação aos itens avaliados e quanto à avaliação do instrumento como um todo. Também será aplicado o Teste do Qui-quadrado para medir a concordância dos juízes em relação aos critérios de avaliação (exequibilidade, objetividade, clareza, pertinência, precisão e simplicidade) para cada um dos domínios do instrumento. Como critério de **aceitação** será adotada uma concordância $\geq 0,78$ para o IVC dos itens e $\geq 0,90$ para o IVC do instrumento todo. Para o Qui-quadrado as relações de associação serão consideradas significativas se $p < 0,005$.

APÊNDICE 10

Assunto: autorização_instrumento

De: Patricia Hermida (patymadale@yahoo.com.br)

Para: bellucci@uenp.edu.br;

Cco: pongopam@terra.com.br;

Data: Sábado, 20 de Dezembro de 2014 13:12

Boa tarde, Bellucci.

Estou finalizando a elaboração do meu projeto de tese, cuja Qualificação está prevista para fevereiro. Gostaria de solicitar sua autorização para a utilização do instrumento sobre a avaliação do ACCR, publicado na Revista Mineira de Enfermagem, em 2012.

Como o meu projeto será desenvolvido nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do estado de Santa Catarina, precisei fazer pequenas adequações no instrumento.

Certa de contar com a sua compreensão e colaboração, agradeço e aguardo seu retorno.

Atenciosamente,

Patricia Madalena Vieira Hermida
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC

Assunto: Re: autorização_instrumento

De: Patricia Hermida (patymadale@yahoo.com.br)

Para: bellucci@uenp.edu.br;

Data: Quarta-feira, 28 de Janeiro de 2015 10:09

Bom dia, Bellucci.

Desculpe a demora em responder seu e-mail, mas estou correndo para entregar o Projeto para a banca de qualificação até a próxima 2a. feira, inclusive já pontuei no projeto que você autorizou a utilização do instrumento. Será que você poderia me informar quais são os cálculos mais indicados para a análise dos dados. Assim, eu já faço a correção no projeto antes de enviar para a banca examinadora.

Agradeço mais uma vez e aguardo seu retorno.

Grande abraço.

Patricia

Em Segunda-feira, 12 de Janeiro de 2015 9:19, Bellucci <bellucci@uenp.edu.br> escreveu:

Oi Patricia

Eu estava viajando e porisso nao te respondi antes. Esta autorizada a utilizacao do Instrumento para avaliacao do ACCR. EM relacao as análises, peço que nao utilize os mesmos calculos apresentados na publicação da REME, pois há divergencias. Quando for realiza-los, me da um toque que eu te ajudo.

Bons estudos.

APÊNDICE 11**ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA UPA****I. Identificação:**

UPA do município de: _____

Idade: _____ anos

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda ()
Indígena

Estado civil: () Solteiro () Casado () União Estável ()

Divorciado () Separado () Viúvo

Sexo: () Feminino () Masculino

Função: () Enfermeiro () Médico () Gestor

Tempo de atuação nessa UPA: _____

Ano de formação profissional: _____

II. Contextualização do tema:

O sistema de referência e contrarreferência é um dos elementos da organização dos serviços de urgência e emergência. Pode ser entendido como mecanismo de encaminhamento de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Envolve a forma como se dá esse encaminhamento e os mecanismos de transferência dos usuários entre os serviços.

A referência está relacionada ao encaminhamento do usuário por um serviço de saúde para outro de nível de complexidade mais elevada na rede de atenção às urgências, a fim de garantir a investigação diagnóstica e o tratamento especializado. Em relação à contrarreferência, ocorre quando o serviço ao realizar o atendimento do usuário o encaminha para outra unidade de menor nível de complexidade da rede assistencial para a continuidade do cuidado.

III. Perguntas norteadoras sobre o sistema de referência e contrarreferência:

a) Fale sobre o sistema de referência e contrarreferência na UPA (como ocorre, facilidades e dificuldades, quais os profissionais responsáveis,)

b) Quais as suas sugestões para melhorar o sistema de referência e contrarreferência na UPA?

APÊNDICE 12

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
JUÍZES**

Eu, Patrícia Madalena Vieira Hermida, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO ESTADO DE SANTA CATARINA PARA A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS”, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Eliane R. P. Nascimento. Um dos objetivos principais desta pesquisa é analisar o Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva dos usuários da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Para tanto torna-se necessária a validação do instrumento de coleta de dados que será utilizado junto aos usuários.

Considerando sua capacitação profissional e conhecimento relativo ao tema em estudo venho por meio deste convidá-lo(a) a participar da validação do instrumento. Ao participar do estudo você estará colaborando para a avaliação da qualidade do atendimento aos usuários que procuram as UPAs, assim como com o desenvolvimento da produção científica na área da saúde. Pretende-se que os resultados da pesquisa possam subsidiar os gestores em estratégias para a melhoria do atendimento.

No primeiro momento você será convidado por *e-mail* para participar da validação do instrumento e receberá uma carta que explicará o objetivo do estudo e os critérios de julgamento com as respectivas definições. Também será encaminhado o instrumento de coleta de dados e o impresso no qual você deverá realizar a avaliação do instrumento. Após ter avaliado o instrumento, no prazo de até quinze (15) dias, solicito que você encaminhe por *e-mail* à pesquisadora o impresso de avaliação com as suas considerações acerca do instrumento de coleta de dados, a fim de que sejam realizadas as adequações necessárias.

Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo, no entanto, trazer algum desconforto emocional caso venha a se lembrar de alguma situação envolvendo o atendimento em saúde. Nesse caso, coloco-me a disposição por telefone ou *e-mail*, para ajudá-lo(a) no que for preciso.

Asseguro-lhe a garantia em receber esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa no tempo que lhe parecer oportuno, e na liberdade de desistir, a qualquer momento, de sua participação sem qualquer prejuízo. No caso de consentir em participar desta pesquisa, serão garantidas todas as informações requisitadas, bem como o sigilo de seus dados pessoais.

Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou pelos *emails* abaixo.

Pesquisadoras:

Patrícia Madalena Vieira Hermida (48) 9999-2200/3234-3179;
patymadale@yahoo.com.br

Prof^a Dra. Eliane R.P. do Nascimento: (48) 9105-1201
eliane.nascimento@ufsc.br

E também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Santa Catarina para qualquer esclarecimento necessário, através do endereço: Biblioteca Universitária Central- Setor de Periódicos (térreo)

(48) 3721-9206 cep@reitoria.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Caixa Postal: 476 - Florianópolis - SC

CEP: 88010-970

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em participar dela voluntariamente.

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura: _____

Nota: Esse documento será assinado e rubricado em duas vias, ficando uma de posse das pesquisadoras e outra, do (a) participante da pesquisa.

Assinatura das Pesquisadoras:

Enf. Patrícia Madalena Vieira
Hermida
COREN 85990
patymadale@yahoo.com.br

Dra. Eliane Regina Pereira do
Nascimento
COREN 11797
eliane.nascimento@ufsc.br

APÊNDICE 13

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GESTOR E PROFISSIONAL DE SAÚDE

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, profissional da saúde ou gestor da Unidade de Pronto Atendimento do município de _____/SC, fui informado(a) sobre a pesquisa com o título: Avaliação de uma unidade de pronto atendimento do Estado de Santa Catarina para a atenção às urgências. Declaro que também recebi informações de que o estudo é de cunho científico e que tenho a garantia plena de que posso me recusar a participar ou de retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade. O objetivo geral da pesquisa é: avaliar uma Unidade de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina. Fui informado(a) de que este estudo não trará nenhum desconforto, risco ou dano a minha saúde, constrangimento social, ético ou moral, caso venha a participar. Porém, caso sinta algum desconforto serei atendido pela pesquisadora ou por um profissional da psicologia do próprio serviço ou da respectiva Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisadora ainda esclareceu que as informações serão utilizadas para futuras apresentações em encontros científicos e publicações, garantindo a manutenção do sigilo das informações e total anonimato dos participantes. Os aspectos éticos que envolvem esta pesquisa são assegurados conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a qual regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Autorizo a utilização do gravador, se solicitado pelo pesquisador, e a publicação das informações da pesquisa, desde que sejam respeitados os preceitos éticos supracitados.

Participante

Pesquisador

Pesquisador Responsável

Florianópolis, SC,/...../.....

Pesquisadores: Dra. Eliane R. P. Nascimento (responsável) - Fone (48) 91051202 - *e-mail*: eliane@ccs.ufsc.br; Dda. Patrícia M.V. Hermida - *e-mail*: patymadale@yahoo.com.br; e Bolsista PIBIQ - Sarah S. Barbosa – *e-mail*: sarah.b@globo.com

APÊNDICE 14

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – USUÁRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, usuário(a) da Unidade de Pronto Atendimento do município de _____/SC, fui informado(a) sobre a pesquisa com o título: Avaliação de uma unidade de pronto atendimento do Estado de Santa Catarina para a atenção às urgências. Declaro que também recebi informações de que o estudo é de cunho científico e que tenho a garantia de que posso me recusar a participar ou de retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade. O objetivo geral da pesquisa é: avaliar uma Unidade de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina. Fui informado(a) de que este estudo não trará nenhum desconforto, risco ou dano a minha saúde, constrangimento social, ético ou moral, caso venha a participar. Porém, caso sinta algum desconforto serei atendido pela pesquisadora ou por um profissional da psicologia do próprio serviço ou da respectiva Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisadora ainda esclareceu que as informações serão utilizadas para futuras apresentações e publicações, garantindo a manutenção do sigilo das informações e total anonimato dos participantes. Os aspectos éticos que envolvem esta pesquisa são assegurados conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a qual regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Autorizo a utilização do gravador e/ou do meu prontuário desta instituição de saúde, se solicitado pelo pesquisador, e a publicação e uso das informações desta pesquisa, desde que sejam respeitados os aspectos éticos acima mencionados.

Participante

Pesquisador

Pesquisador Responsável

Florianópolis, SC,/...../.....

Pesquisadores: Dra. Eliane R. P. Nascimento (responsável) - Fone (48) 91051202 - *e-mail*: eliane@ccs.ufsc.br; Dda. Patrícia M. V. Hermida - *e-mail*: patymadale@yahoo.com.br; e Bolsista PIBIQ- Sarah S. Barbosa – *e-mail*: sarah.b@globocom

APÊNDICE 15

Tabela 10 – Informações complementares dos usuários para a avaliação dos domínios Dignidade, Comunicação e Suporte Social. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)

Domínios	n	%
Dignidade		
Quem são os profissionais que não trataram você com respeito?		
Médicos	41	8,9
Técnicos de enfermagem	21	4,6
Recepcionistas	16	3,5
Vigilantes	6	1,3
Não soube ou não quis especificar	3	0,7
Quem são os profissionais que não deram oportunidade para você falar?		
Médicos	38	8,3
Enfermeiros	9	2,0
Técnicos de enfermagem	2	0,4
Enfermagem	1	0,2
Recepcionistas	1	0,2
Comunicação		
Com quais profissionais a comunicação poderia ser melhor?		
Não soube ou não quis especificar	75	16,3
Médicos	72	15,7
Recepcionistas	44	9,6
Técnicos de enfermagem	39	8,5
Vigilantes	7	1,5

Todos os trabalhadores	5	1,1
<hr/>		
Com quais profissionais as informações poderiam ser melhor? (quanto à clareza)		
Não soube ou não quis especificar	82	17,9
Médicos	74	16,1
Técnicos de enfermagem	20	4,4
Recepcionistas	16	3,5
Enfermeiros	14	3,1
Equipe de enfermagem	3	0,7
<hr/>		
O que poderia ser melhor em relação à localização e identificação dos setores?		
Não sabe especificar	85	18,5
Sinalização/identificação inadequada	43	9,4
Localização das salas/ambientes por meio dos profissionais ou acompanhantes	11	2,4
Sinalizar com setas/faixas no chão	9	2,0
Necessidades gerais de melhorias	7	1,5
Sem dificuldades/problemas com a identificação e/ou localização	6	1,3
Poderia ser melhor a organização das salas/ambientes	5	1,1
Localização das salas/ambientes inadequada	3	0,7
Não precisa melhorar	3	0,7
<hr/>		
Com quais profissionais poderia ser melhor para conseguir informação?		
Médicos	68	14,8
Não soube ou não quis especificar	67	14,6
Enfermeiros	19	4,1

Técnicos de enfermagem	15	3,3
Recepcionistas	13	2,8
Nunca pediu informação/não precisou	7	1,5
Equipe de enfermagem	4	0,9
Todos	3	0,7
Vigilantes	1	0,2
“Não tem a quem perguntar”	1	0,2

Suporte Social

Qual o tipo de apoio que receberam de amigos e/ou familiares?

Alimentação	33	7,2
Roupa pessoal e/ou cobertor/lençol	11	2,4

Tabela 11 – Informações complementares dos usuários para a avaliação do domínio Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016. (n=459)

Domínio	n	%
Instalações		
Por que a limpeza da sala de espera foi muito ruim, ruim ou boa?		
Não sabe especificar	102	22,2
Presença de sujeira/sujidade	58	12,6
Limpeza adequada	39	8,5
Necessidade de melhorias na limpeza	39	8,5
Falta manutenção	9	2,0
Falta de organização	5	1,1
Climatização/ventilação do ambiente adequada ou não	5	1,1
Presença de riscos à segurança	4	0,9
Depende dos usuários manter a limpeza	2	0,4
Por que o conforto da sala de espera foi muito ruim, ruim ou bom?		
Não sabe especificar	100	21,8
Mobiliário adequado ou não	182	39,7
Entretenimento (possui, falta ou precisa de ajustes)	33	7,2
Climatização/ventilação do ambiente adequada ou não	19	4,1
Tempo de espera adequado ou não	19	4,1
Sala abastecida ou não com água e copo/poderia oferecer café	18	3,9
Estrutura física inadequada	14	3,1
Acomodação adequada ou não	6	1,3

Falta de manutenção	5	1,1
Poderia ter banco para sentar na área externa, com cobertura, e lanchonete	3	0,7
Não tem fraldário	1	0,2
<hr/>		
Por que a limpeza do consultório de enfermagem foi muito ruim, ruim ou boa?		
Não sabe especificar	118	25,7
Limpeza adequada	26	5,7
Presença de sujeira/sujidade	6	1,3
Falta manutenção	5	1,1
Necessidade de melhorias na limpeza	4	0,9
Falta de organização	2	0,4
Luvras usadas	1	0,2
<hr/>		
Por que o conforto do consultório de enfermagem foi muito ruim, ruim ou bom?		
Não sabe especificar	140	30,5
Mobiliário adequado	45	9,8
Estrutura física da sala adequada ou não	28	6,1
Atendimento rápido na sala	21	4,6
Constituição geral da sala adequada, inadequada ou padrão	6	1,3
Atendimento do profissional adequado	5	1,1
Necessidade de melhorias	5	1,1
Acomodação inadequada	2	0,4
Sabe que está mais perto do médico	1	0,2
<hr/>		
Por que a limpeza do consultório médico foi muito ruim, ruim ou boa?		
Não sabe especificar	111	24,2

Limpeza adequada	25	5,4
Presença de sujeira/sujidade ou outras inadequações	16	3,5
Necessidade de melhorias na limpeza	6	1,3
Falta de manutenção	5	1,1
Falta de organização	1	0,2
Não é uma clínica particular	1	0,2
<hr/>		
Por que o conforto do consultório médico foi muito ruim, ruim ou bom?		
Não sabe especificar	128	27,9
Mobiliário adequado ou não	45	9,8
Atendimento adequado do profissional	8	1,7
Estrutura física da sala adequada ou não	6	1,3
Necessidade ou não de melhorias	6	1,3
Atendimento rápido	5	1,1
Está dentro do padrão	5	1,1
Climatização/ventilação do ambiente adequado ou não	3	0,7
Organização e limpeza da sala adequada ou não	3	0,7
Fica com uma boa esperança	1	0,2
Senta lateralizado ao médico	1	0,2
<hr/>		
Por que a limpeza do local para a coleta de exames foi muito ruim, ruim ou boa?		
Não sabe especificar	40	8,7
Presença de sujeira/sujidade	15	3,3
Falta de manutenção	3	0,7
Descarte de lixo	3	0,7
Necessidade de melhorias na limpeza	3	0,7

Limpeza adequada	2	0,4
Leito desarrumado	1	0,2
Local impróprio para a coleta de sangue	1	0,2

Por que o conforto do local para coleta de exames foi muito ruim, ruim ou bom?

Não sabe especificar	33	7,2
Mobiliário inadequado	16	3,5
Local impróprio para a coleta de sangue	5	1,1
Falta de manutenção	4	0,9
Acomodação adequada ou não	4	0,9
Falta entretenimento	2	0,4
Climatização inadequada	2	0,4
Habilidade técnica presente ou não	2	0,4
