



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

Maria Eugenia da Silva

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO  
ATENDIMENTO DE SANTA CATARINA: AVALIAÇÃO DONABEDIANA**

Florianópolis

2021

Maria Eugenia da Silva

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO  
ATENDIMENTO DE SANTA CATARINA: AVALIAÇÃO DONABEDIANA

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina:  
Trabalho de conclusão de curso II (INT 5182) do Curso de  
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do  
Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eliane Regina Pereira do  
Nascimento

Coorientadora: Enf<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Patrícia Madalena Vieira Hermida

Florianópolis

2021

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

da Silva, Maria Eugenia

Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento de Santa Catarina: avaliação donabediana / Maria Eugenia da Silva ; orientador, Eliane Regina Pereira do Nascimento, coorientador, Patrícia Madalena Vieira Hermida, 2021.

64 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Acolhimento. 3. Serviços de saúde de emergência . 4. Enfermagem em emergência. 5. Pesquisa sobre serviços de saúde. I. do Nascimento, Eliane Regina Pereira . II. Hermida, Patrícia Madalena Vieira. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Maria Eugenia da Silva

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO  
ATENDIMENTO DE SANTA CATARINA: AVALIAÇÃO DONABEDIANA

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento de Santa Catarina: avaliação donabediana” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem.



Documento assinado digitalmente  
Felipa Rafaela Amadigi  
Data: 20/02/2021 21:41:34-0300  
CPF: 030.665.189-06

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Felipa Rafaela Amadigi

Coordenadora do curso

Banca examinadora:



Documento assinado digitalmente  
Eliane Regina Pereira do Nascimento  
Data: 19/02/2021 19:29:56-0300  
CPF: 154.936.879-68

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Regina Pereira do Nascimento

Orientadora



Documento assinado digitalmente  
Patricia Madalena Vieira Hermida  
Data: 20/02/2021 22:24:21-0300  
CPF: 020.330.759-31

Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Madalena Vieira Hermida

Coorientadora



Documento assinado digitalmente  
Michelle Kuntz Durand  
Data: 19/02/2021 16:57:17-0300  
CPF: 962.480.760-49

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Michelle Kuntz Durand



Documento assinado digitalmente  
Mirelly do Amaral  
Data: 19/02/2021 19:15:24-0300  
CPF: 061.795.069-57

Enf<sup>a</sup> Mirelly do Amaral

## AGRADECIMENTOS

Sou grata a *Deus* pela oportunidade de estar aqui e ter a chance de me desenvolver e evoluir. Grata *ao meu guia espiritual* Mestre Gabriel, por clarear meu caminho e minhas decisões.

Agradeço *aos meus pais*, que me deram todo o suporte, amor e carinho para chegar até aqui, sem vocês eu nada seria, não tenho palavras para dizer a admiração que eu sinto por vocês. Agradeço *ao meu noivo*, pelo companheirismo, paciência e por sempre estar ao meu lado quando preciso, você torna a caminhada mais leve.

Sou grata a *minha família*, por me oferecer momentos de descontração e alegria mesmo nesta etapa, que é o final da graduação, em especial a *minha prima* Isadora, que é a minha pessoa no mundo e sempre está ali para me ouvir e apoiar, e a *minha avó* Delzi, com seu acalanto, dedicação e cuidado comigo.

Quero agradecer *as minhas amigas* que estiveram comigo desde a primeira fase, Camila e Lays, que sorte a minha encontrar vocês e firmar esses laços de amizade tão lindo e duradouros, grata pelo apoio. Agradecer também ao meu grupo de amigas (enferprincess), por todas as risadas, lágrimas, desabafos e alegrias, vocês tornaram a minha graduação muito especial, sempre levarei todas dentro do coração.

Agradeço à *minha orientadora e coorientadora*, que me auxiliaram nesta jornada, com muita paciência e ética, e me mostraram a direção, vocês foram essenciais para o encerramento deste ciclo. A todos os professores, mestres, e enfermeiros que deixaram um pouco de si pela minha jornada, meu muito obrigada.

Dedico este TCC *ao meu primo*, Alexandre Cardoso Carpes Junior, que não está mais neste plano, mas que tenho certeza que acompanha meus passos em cada vitória, cada derrota, cada esforço, uso seu exemplo de dedicação e força para seguir adiante e realizar tudo que eu sonhe. E gravo aqui, que suas palavras viraram realidade, hoje caminho rumo a ser o que você disse que eu seria, Enfermeira. Grata.

Silva, Maria Eugenia da. **Acolhimento com classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento de Santa Catarina: Avaliação Donabediana**. 2021, fevereiro, 64 pg. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Regina Pereira do Nascimento. Co-Orientadora: Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Madalena Vieira Hermida

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção às Urgências prevê a sua organização a partir de oito componentes, destacando as Unidades de Pronto Atendimento, objeto desta pesquisa. Essas unidades são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais, compondo uma rede de atenção às urgências. O Acolhimento com Classificação de Risco representa uma das intervenções para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência. O objetivo geral deste estudo é avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento, na perspectiva dos profissionais de saúde. Os objetivos específicos são: identificar as características dos profissionais de saúde participantes do estudo e avaliar o Acolhimento em relação às dimensões donabedianas. Pesquisa avaliativa, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em Unidades de Pronto Atendimento de Santa Catarina, uma do município de Florianópolis e outra de Itajaí. Participaram 14 enfermeiros e 24 médicos. Aplicou-se um questionário validado, adaptado para Unidade de Pronto Atendimento, desenvolvido com base nos conceitos donabedianos de avaliação em saúde, composto por duas partes: I - dados sociodemográficos dos participantes; e II - dimensões da tríade de avaliação - estrutura, processo e resultado. Essas dimensões possuem 21 itens, medidos por uma escala Likert. Estes dados foram analisados pelo *Software Epi Info*. Foram calculados os *Rankings* Médios (nível de satisfação, de 1 a 5) dos itens e a Pontuação Média das dimensões. A Pontuação Média corresponde a representatividade das dimensões, classificada de Ótima à Insuficiente (variando de 7 a 35,0). Dos 38 participantes do estudo, 24 e 14 eram das Unidades de Itajaí e de Florianópolis, respectivamente. A maioria médicos (n= 24), do sexo feminino (n=23), na faixa etária de 30 a 39 anos, casado (n=16), com atuação de 1 a 2 anos nas Unidades. Na dimensão Estrutura os resultados foram distintos. O *Ranking* médio dos itens conforto do usuário (4,1; 2,2), acolhimento do acompanhante (3,7; 1,9) e sinalização do ambiente (3,2; 2,1) foram mais positivos em Itajaí do que em Florianópolis. Já os itens ambiência acolhedora (3,6; 3,5), privacidade nas consultas (3,9; 3,0)

e treinamento periódico (2,1; 1,6), receberam pontuações similares em ambas as Unidades. Na dimensão Processo, com maior *Ranking* médio, segurança e conforto do usuário (4,8; 4,4), e com menor, discussão sobre o fluxograma (2,0; 1,6). Com maior pontuação na dimensão Resultado está, a priorização dos casos graves (4,2; 4,8) e com menor, humanização do atendimento (2,8; 2,2). Quanto a Estrutura, Itajaí obteve Pontuação média de 23,8, enquanto Florianópolis 17,4. Nas dimensões Processo (24,5; 24,0) e Resultado (21,9; 21,9) as Unidades demonstraram semelhança na Pontuação média. O Acolhimento de Itajaí foi considerado Precário de acordo com a tríade de avaliação, e Florianópolis obteve representatividade Insuficiente na Estrutura e Precária nas outras duas dimensões. Considerando que nenhuma das dimensões avaliada pelos profissionais alcançou pontuação satisfatória, há que se planejar estratégias de enfrentamento dos aspectos negativos da estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco, visando atender os pressupostos da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Palavras-chave: Acolhimento; serviços de saúde de emergência; enfermagem em emergência; pesquisa sobre serviços de saúde; qualidade da assistência à saúde.

## ABSTRACT

The National Emergency Care Policy provides for its organization based on eight components, highlighting the Emergency Care Units, object of this research. These units are health establishments of intermediate complexity between the Basic Health Units and hospitals, composing a network of care for emergencies. The Reception with Risk Classification represents one of the interventions to reorganize the assistance of emergency services. The objective of this study is to evaluate the Reception with Risk Classification in Emergency Care Units, from the perspective of health professionals, to identify the characteristics of the health professionals participating in the study and to evaluate the Reception in relation to Donabedian dimensions. Evaluative, descriptive research with a quantitative approach. Held in Emergency Care Units in Santa Catarina, one in the city of Florianópolis and the other in Itajaí. 14 nurses and 24 doctors participated. A validated questionnaire was applied, adapted for the Emergency Care Unit, developed based on Donabedian concepts of health assessment, composed of two parts: I - sociodemographic data of the participants; and II - dimensions of the evaluation triad - structure, process and result. These dimensions have 21 items, measured by a Likert scale. These data were analyzed by the Epi Info Software. The Average Rankings (satisfaction level, from 1 to 5) of the items and the Average Score of the dimensions were calculated. The Average Score corresponds to the representativeness of the dimensions, classified as Excellent to Insufficient (ranging from 7 to 35.0). Of the 38 study participants, 24 and 14 were from the Itajaí and Florianópolis Units, respectively. Most doctors (n = 24), female (n = 23), aged between 30 and 39 years, married (n = 16), working for 1 to 2 years in the Units. In the Structure dimension, the results were different. The average ranking of the items user comfort (4.1; 2.2), reception of the companion (3.7; 1.9) and signaling of the environment (3.2; 2.1) were more positive in Itajaí than in Florianópolis. The items welcoming environment (3.6; 3.5), privacy in consultations (3.9; 3.0) and periodic training (2.1; 1.6), received similar scores in both Units. In the Process dimension, with the highest average ranking, safety and user comfort (4.8; 4.4), and with the lowest, discussion about the flowchart (2.0; 1.6). The highest score in the Result dimension is the prioritization of severe cases (4.2; 4.8) and with the lowest, humanization of care (2.8; 2.2). As for the structure, Itajaí obtained an average score of 23.8, while Florianópolis 17.4. in the dimensions Process (24.5; 24.0) and Result (21.9; 21.9) the Units showed similarity in the average score. The Itajaí Reception was considered Precarious according to the evaluation triad, and Florianópolis had insufficient representation in Structure and Precarious in the other



two dimensions. Considering that none of the dimensions evaluated by the professionals achieved a satisfactory score, it is necessary to plan strategies to face the negative aspects of the structure, process and result of the Reception with Risk Classification, aiming to meet the assumptions of the National Policy for Attention to Urgencies.

**Keywords:** Reception; emergency health services; emergency nursing; research on and health services; quality of health care.

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> – Descrição geral das variáveis de cada dimensão do instrumento de avaliação do ACCR .....	26
<b>Quadro 2</b> - Escores para pontuação das dimensões de avaliação (Estrutura, Processo e Resultado) do ACCR .....	27

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Características dos participantes - UPA Itajaí (N=24) e UPA Florianópolis (N=14), SC, Brasil, 2016/2020 .....	32
<b>Tabela 2</b> - Avaliação da Estrutura do Acolhimento com Classificação de Risco na UPA Itajaí e UPA Florianópolis, SC, Brasil, 2016/2020 .....	34
<b>Tabela 3</b> - Avaliação do Processo do Acolhimento com Classificação de Risco na UPA Itajaí e UPA Florianópolis, SC, Brasil, 2016/2020 .....	34
<b>Tabela 4</b> - Avaliação do Resultado do Acolhimento com Classificação de Risco na UPA Itajaí e UPA Florianópolis SC, Brasil, 2016/2020 .....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

MS - Ministério da Saúde

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

RM - Ranking Médio

PM - Pontuação Média

ESF - Estratégia de Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

GEASS - Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde

RUE - Rede de Urgências e Emergências

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

DS - Distritos sanitários

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	15
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO	17
1.1.1 Objetivo geral	17
1.1.2 Objetivos específicos	17
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	18
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	18
2.3 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E O ACCR	21
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE DONABEDIANA	22
<b>3. MÉTODO</b>	24
3.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL	24
3.2 POPULAÇÃO E GRUPO AMOSTRAL	25
3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	25
3.3 COLETA DE DADOS	25
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	27
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	28
<b>4. RESULTADOS</b>	29
4.1 MANUSCRITO	29
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	46
<b>REFERÊNCIAS</b>	47
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	
52	
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	
55	
<b>ANEXO 1- INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>	56

<b>ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UPA ITAJAÍ</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 4 - PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO</b>	<b>64</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Dentre os pontos de atenção da Rede de Urgências e Emergências (RUE), instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho, encontram-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), contexto desta pesquisa. As UPAs, compõem a assistência pré-hospitalar fixa e são instituições de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os hospitais, estes serviços integram uma rede de atenção às urgências (HERMIDA et al., 2018).

As UPAs são serviços de saúde que demandam grande atenção por parte das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), por se caracterizarem como importante porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento às urgências e emergências. Contudo, percebe-se que esses serviços sofrem com a superlotação diária de pacientes, provocada, principalmente, pela integração reduzida entre as assistências primária, especializada e hospitalar; carência de recursos humanos; imprevisibilidade da demanda e pelo alto número de casos (OLIVEIRA et al., 2017).

No Brasil, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), através da Política Nacional de Humanização, propõe uma das intervenções com capacidade para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e aperfeiçoar a produção de saúde. Assim, na RUE o ACCR faz parte do processo e dos fluxos assistenciais, princípio de todos os pontos de atenção (HERMIDA et al., 2018).

A nível mundial, os protocolos de classificação de risco mais usados são: Canadian Triage and Acuity Scale, o Australian Triage Scale, o Emergency Severity Index e o Manchester Triage System, que sistematizam as condutas de triagem e sua avaliação. O protocolo de Manchester tem como objetivo identificar e priorizar o atendimento de pacientes que procuram um serviço de emergência, são considerados os riscos de agravamento do estado de saúde do usuário, orientando para uma conduta correta (FERREIRA et al., 2017). Na UPA de Itajaí e na UPA de Florianópolis, cenários desta pesquisa, utiliza-se de um protocolo adaptado da Manchester Triage Scale.

Entendido como um dispositivo tecnológico relacional de intervenção, o ACCR se norteia pela escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização, resolutividade dos serviços de saúde, bem como pela priorização dos pacientes mais graves para atendimento. Trata-se, portanto, de uma forma de ressignificar o processo de triagem, que, em geral, se esgota na recepção do paciente, o que torna tal processo uma ação de inclusão que permeia todos os espaços e momentos do cuidado nos serviços de saúde, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Nessa proposta, todos os

profissionais de saúde devem realizar o acolhimento do paciente e sua família, mas cabe ao enfermeiro a atividade de classificação de risco do paciente (HERMIDA et al., 2018, p. 2).

O protocolo norteia a intervenção, ele é considerado o responsável por uma classificação de risco eficaz, é importante, para guiar a avaliação do profissional, sua implementação depende de uma rede assistencial estruturada e organizada (SOUZA et al., 2014) que seja capaz de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços de saúde.

De acordo com a Resolução n. 423/2012, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), determina que, dentre a equipe multiprofissional, o enfermeiro é o responsável pela execução do ACCR (COFEN, 2012). O acolhimento feito pelo enfermeiro inicia quando o paciente procura o serviço de saúde, assim, ele faz a avaliação das queixas do usuário, aplica o fluxograma e faz a classificação adequada de acordo com as necessidades de saúde apresentadas (HERMIDA et al., 2018).

Para Avedis Donabedian, um dos precursores na avaliação da qualidade em saúde, a prática avaliativa é constituída de três dimensões (triade Donabediana): Estrutura; Processo; e, Resultado. (DONABEDIAN, 1988). O conceito de avaliação em saúde integra a concepção de uma intervenção sanitária (uma prática com a finalidade de resolver problemas de saúde), e tem como propósito mensurar as intervenções, bem como seu desenvolvimento ou aperfeiçoamento (HERMIDA et al., 2018).

Este estudo foi desenvolvido a partir da minha participação como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Regina Pereira do Nascimento, feito durante o período de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Essa pesquisa está atrelada ao macroprojeto desenvolvido nas UPAs dos municípios de Florianópolis, Biguaçu e Itajaí, intitulado “Organização das Unidades de Pronto Atendimento do estado de Santa Catarina: com a palavra os gestores, profissionais de saúde e usuários”, do Laboratório de Pesquisa no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS), do qual sou membro. E foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina.

Julgando a importância de pesquisas de avaliação sobre o ACCR, com a intenção de aperfeiçoar este dispositivo nos serviços de urgência e emergência, com foco especial nas Unidades de Pronto Atendimento, levando em consideração o cenário de superlotação vivenciado pelos serviços de emergência justifica-se a relevância deste estudo. E, que apresenta como pergunta de pesquisa: Como profissionais de saúde avaliam o Acolhimento



com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento em municípios de Santa Catarina?

## 1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

### 1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento em relação às dimensões donabedianas na perspectiva dos profissionais de saúde.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as características dos profissionais de saúde participantes do estudo;
- Descrever a estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva dos profissionais de saúde de Unidades de Pronto Atendimento.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Para o embasamento teórico do estudo foram adotados a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção às Urgências, conceito a respeito do Acolhimento com Classificação de Risco, Unidade de Pronto Atendimento, bem como as concepções de avaliação em saúde propostas por Avedis Donabedian e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para esta revisão foram utilizadas as bibliotecas virtuais Scielo e Pubmed, e o Google Acadêmico, incluindo o período de busca das referências publicadas de 2017 a 2021, aplicando as palavras-chave: Acolhimento com classificação de risco; enfermagem em emergência; política nacional de atenção às urgências; rede de atenção às urgências; avaliação sobre serviços de saúde; qualidade da assistência à saúde. Além das referências levantadas na busca, foram incluídas outras citadas nessas publicações.

### 2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Com a intenção de diminuir as falhas assistenciais e auxiliar como interface entre a Atenção Básica, média e alta complexidade, foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU. Ela também atende outras demandas, como por exemplo a implementação do sistema de regulação e estruturação de rede regional e hierárquica. Essa regulamentação busca uma garantia de atendimento integral ao usuário, no que tange desde a atenção básica a serviços de maior complexidade (Granja et al., 2013; Uchimura et al., 2015 apud FARIA et al., 2017). O diminuído potencial de gestão dos municípios e a falta de cooperação entre as três esferas de governo causam grande comprometimento nos resultados da PNAU. Esta articulação age como um dificultador no alcance dos objetivos do SUS, que são manter os princípios de universalidade e equidade (FARIA et al., 2017).

A Política Nacional de Atenção às Urgências e a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 expõem os pontos de atenção à saúde que fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que são:

Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002; componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192; componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda de longa permanência e os de

terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências; componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária. (BRASIL, 2003, p.1).

Apesar de todas as conquistas das políticas de saúde, advindas da solidificação do SUS, a exemplo da estruturação das políticas de saúde de urgência e emergência, existem obstáculos que indicam a necessidade de uma transformação e aperfeiçoamento do sistema, como a prática correta do ACCR em alguns setores de saúde. Para que isso seja aplicado, é necessário superar os desafios de superlotação, fragmentação do serviço, desequilíbrios de poder, falta de participação do usuário no cuidado, e de articulação dos serviços da rede (FEITOSA, 2017).

As UPAs compõem a rede organizada de atenção às urgências e emergências no SUS. São instituições com complexidade de caráter intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais, com funcionamento de 24h por dia, em todos os dias da semana (FEITOSA, 2017). Neste panorama, o atendimento pré-hospitalar fixo, as UPAs, foram definidas como a primeira assistência oferecida ao paciente em situações de quadros agudos, quadros psiquiátricos e traumas, que possam acarretar óbitos ou sequelas remanescentes, tendo como propósito um atendimento e/ou transporte apropriado para a rede de referência, regulada, e que faz parte do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, quando for preciso (CASSETARI, 2017).

## 2.2 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento realizado nas UPAs é considerado como o primeiro vínculo para estabelecer uma relação de confiança e troca de informações entre o paciente e o profissional de saúde. Essa prática tem como princípio a singularidade de cada ser humano, assim como as suas demandas de saúde, devendo ocorrer como ferramenta essencial uma escuta qualificada, para que seja compreendido e analisado as informações necessárias de cada usuário, assim como suas perspectivas e medos, ofertando soluções a fim de oportunizar a satisfação do mesmo quando for atendido (CARVALHO, 2018)

Diversos países utilizam o protocolo para Classificação de Risco. No Brasil, após especialistas analisarem a viabilidade em cenário brasileiro, o estado de Minas Gerais esteve na vanguarda na utilização deste sistema de triagem. Sendo adotado como política pública desde 2008 (SILVA et al., 2016).

Este protocolo foi instaurado inicialmente no Manchester Royal Infirmary, na cidade de Manchester em 1997, após isso passou a ser bastante usual em inúmeros hospitais do Reino Unido. É organizado por níveis de gravidade e risco nos quadros clínicos, e estes níveis são representados por cores. Instituições de saúde pelo mundo todo desde o ano de 2000 vem implantando este protocolo, países como Brasil, México, Portugal, Espanha, Alemanha, Áustria, Noruega, entre outros (SACOMAN et al., 2019).

O principal objetivo deste protocolo é classificar os usuários considerando as prioridades de assistência ou intervenção de acordo com a gravidade clínica. O acolhimento funciona com a seguinte metodologia: identificar a queixa principal do paciente, dar seguimento de acordo com o fluxo de decisão, e por último, determinar o tempo de espera adequado (SILVA et al., 2016).

Após a identificação da queixa do paciente, ele pode ser classificado conforme cores. A cor azul é caracterizada por não urgente, podendo levar até 240 minutos para o atendimento, a verde (pouco urgente) 120 minutos, a amarela (urgente) 60 minutos, a laranja (muito urgente) com atendimento estabelecido de 10 minutos e a cor vermelha (emergente) com atendimento imediato. Com essa classificação o atendimento deve ser mais rápido e organizado (SILVA et al., 2016).

A equipe multidisciplinar faz parte do acolhimento, porém a Classificação de Risco (ACCR) cabe ao enfermeiro, tendo esse a responsabilidade de avaliar as queixas do usuário. Este profissional mostra habilidades de avaliação e comunicação, agregados com ética e princípios técnico-científicos que são regimentos da categoria. Neste sentido, o acolhimento é aplicado com base na resolutividade e responsabilidade. Esse processo tem como busca a equidade, abre possibilidades para uma escuta mais sensível e dá oportunidades para uma reorganização no processo de trabalho (CAMPOS et al., 2020).

Pesquisa que avaliou o ponto de vista dos profissionais a respeito da estrutura, processo e resultado da execução de um instrumento similar ao ACCR, foi mostrado que as causas que mais dificultam a aplicação do ACCR são a falta de espaço físico, barreiras para realizar a assistência e problemas na comunicação entre a equipe multiprofissional. Os autores concluem que mesmo que o ACCR seja implementado em sua essência, ele ainda precisará ser aperfeiçoado para tornar-se um instrumento integralmente operacional (LUIZ et al., 2017).

Existem estudos atuais que comprovam que um ACCR bem estruturado, diminui o risco de que os quadros clínicos se agravem antes do atendimento médico inicial, o que aumenta a qualidade da assistência, satisfação do usuário e otimiza o tempo e recursos da instituição de saúde (SACOMAN et al., 2019).

### 2.3 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E O ACCR

O estudo feito por Oliveira et al (2013) na UPA de Mossoró, no Rio Grande do Norte, teve como objetivo investigar os impactos do ACCR após a sua implementação, bem como analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática, opinião e nível de satisfação. Os profissionais entrevistados compreendem que o Acolhimento pode humanizar o atendimento, pelo fato de se basear em um protocolo, e não apenas pela visão que o profissional responsável tem da situação de saúde do paciente, que muitas vezes pode levar a uma avaliação tendenciosa. Antes da implantação, o Acolhimento era feito por qualquer classe de profissional, o que ocasionava falhas na priorização de casos graves a serem avaliados, após o ACCR. O enfermeiro passou a ser o responsável, podendo então avaliar adequadamente os quadros clínicos e fazer o encaminhamento correto, conforme nível de gravidade clínica e conseqüentemente tempo de espera. Em contrapartida, alguns profissionais veem que o ACCR ainda precisa de melhorias para obter um resultado significativo, principalmente no que concerne à estrutura física da Unidade, e a falha na comunicação com outros pontos da rede, como a Atenção Básica de Saúde, que não mantém horários de funcionamento semelhantes à UPA, dificultando, na opinião da equipe, a contrarreferência (OLIVEIRA et al., 2013).

Com a implantação do Acolhimento nas UPAs, identificar a demanda de saúde do usuário se tornou algo mais dinâmico e eficaz, segundo Duro et al (2014), no seu estudo feito na UPA de Porto Alegre, que teve como objetivo avaliar a percepção do enfermeiro quanto ao ACCR, os profissionais relatam dificuldade em suprir a grande demanda de atendimentos realizados diariamente nas Unidades, e atribuem esse fato à articulação precária entre os serviços de saúde de menor complexidade. O estudo traz que os serviços da atenção primária não favorecem o acesso aos pacientes para a resolução das demandas de saúde, ocasionando a superlotação da UPA na tentativa de solucionar seus problemas, independentemente do nível de gravidade da queixa (DURO et al., 2014)

Sobre a responsividade do ACCR na UPA, pela perspectiva dos usuários, o estudo de Hermida et al (2019), feito em Santa Catarina, indica a importância de melhorias no que os autores trazem como *performance* do quesito agilidade, que implica no tempo de espera para atendimento, é destacado a necessidade de uma comunicação mais efetiva aos pacientes referente a essa espera para consultas e orientações do fluxo de atendimento. O tempo de espera é algo relativo, que não depende exclusivamente do ACCR, o contingente de profissionais atuantes na UPA pode prolongar ou otimizar a espera para as consultas. No

geral, a UPA foi bem avaliada pelos participantes do estudo, principalmente em dimensões sociais como o respeito e a privacidade, fundamentos que constituem a base da PNAU (HERMIDA et al., 2019).

De acordo com Oliveira et al (2015), em seu estudo desenvolvido em um município de Santa Catarina, que teve como objetivo descrever a percepção da equipe de enfermagem sobre as UPAs, local onde acontece o ACCR, foi visto que os profissionais percebem as UPAs como um espaço onde pacientes em casos graves de saúde podem ser estabilizados rapidamente, até serem encaminhados para a atenção hospitalar, quando necessário. Em conformidade com a PNAU, que estabelece a UPA como atendimento pré-hospitalar fixo, que oferece um primeiro atendimento a pacientes com quadros agudos, de origem clínica ou traumática, que possam desencadear sequelas ou até mesmo ir a óbito. Contudo, foi ressaltado pelos mesmos a preocupação com o uso inadequado destes serviços de saúde, ocasionando congestionamento dos atendimentos e recursos das Unidades, quando algumas das demandas poderiam ser solucionadas na Atenção Básica de Saúde, assunto que reforça a necessidade de conhecimento por parte da população do fluxo da RUE (OLIVEIRA et al., 2015).

#### 2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE DONABEDIANA

As situações de urgência e emergência devem ser prioridade da gestão em saúde, e estas situações influenciam diretamente na avaliação que os usuários e trabalhadores fazem do cuidado e assistência ofertados nas instituições de saúde. O estudo indica a relação de insatisfação dos usuários com os atendimentos de urgência e emergência (PADILHA et al., 2018), reforçando assim, a importância deste estudo.

Na década de 1960, dois importantes autores surgem no conceito de avaliação em saúde, Avedis Donabedian em 1988 como pioneiro e Novaes em 2000. O modelo avaliativo sugerido pelos mesmos consiste em três dimensões (tríade donabediana): Estrutura, Processo e Resultado. A primeira dimensão avalia o espaço físico onde os atendimentos e cuidados são prestados, são levados em consideração os recursos financeiros, materiais, humanos e organizacionais. O Processo engloba ações realizadas no atendimento e o vínculo estabelecido entre usuário e profissional. Por fim, a avaliação dos Resultados explora o nível de conhecimento sobre as condutas e a satisfação em relação ao atendimento prestado ao usuário (DONABEDIAN, 1988).

Para constituir o instrumento usado na avaliação, são elaborados dados que podem estar relacionados às circunstâncias estruturais, aos processos das práticas a serem avaliadas e aos resultados derivados do atendimento oferecido (NOVAES, 2000)

De acordo com Donabedian (1988) uma dimensão complementa a outra, ou seja, quando temos uma boa estrutura, conseqüentemente as chances de ter um bom processo aumentam, e o mesmo acontece com o resultado. Desse modo, é importante que os componentes da estrutura, processo e resultado estejam adequadamente estabelecidos para avaliar a sua qualidade.

Donabedian usualmente conduz as avaliações médicas e de saúde, focado na competência, efetividade e incrementação dos procedimentos, em conformidade com o padrão de estudos avaliativos, que habitualmente fazem uso de elementos da estrutura, processo e resultado. Entretanto, seu modelo teórico também pode ser utilizado em outros modelos de atendimentos à saúde, como metodologias qualitativas e quantitativas (NOVAES, 2000).

A avaliação em serviços de saúde lida com macrodeterminantes, componentes que fazem parte do sistema de saúde (organização, recursos e legislação), abrangendo desde o princípio de uma necessidade de saúde, acesso aos serviços ofertados, até o resultado, que seria a transformação dessa demanda, primando a qualidade do cuidado em toda a sua extensão (MARTINS et al., 2020).

Em busca da qualidade e eficácia dos serviços ofertados pelas instituições públicas, faz-se necessário a avaliação em saúde. Ela pode indicar a efetividade, eficiência e eficácia das estruturas, processos e resultados relativos à satisfação dos pacientes. Avaliar é fundamental para o planejamento e gestão, e é uma forma de conseguir solucionar alguns determinantes para aprimoramento do sistema de saúde (SILVA et al., 2016).

As ações feitas para avaliar serviços de saúde em território nacional, tem se limitado a aspectos quantitativos, com finalidade de mensurar a produtividade, repasse de recursos e indicadores. Essas avaliações não acontecem com a frequência necessária, o que representa um obstáculo para os gestores. Essa escassez de vigilância e avaliação prejudica o acompanhamento das políticas, bem como a execução de ações para corrigir os obstáculos no acesso, e falta de igualdade no uso dos serviços. Levando em consideração os progressos, é essencial investir na formação prática de teorias e métodos de avaliação em serviços de saúde (MARTINS et al., 2020), assim como em avaliações qualitativas que abordam os obstáculos enfrentados e mencionados nesse estudo.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL

Estudo avaliativo, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Unidade de Pronto Atendimento Norte (UPA Norte) no município de Florianópolis e na Unidade de Pronto Atendimento em Itajaí, selecionadas devido ao tempo de funcionamento mínimo de dois anos e pela qualificação reconhecida pelo Ministério da Saúde.

O município de Florianópolis está dividido em cinco Distritos Sanitários (DS), de acordo com sua distribuição geográfica, possui 49 Unidades Básicas de Saúde, quatro policlínicas, duas UPAs, quatro Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), dois Centros de Especialidades Odontológicas e quatro bases do SAMU sob gestão municipal (CASSETARI; MELLO, 2017).

A UPA de Florianópolis, está localizada no distrito norte que é constituído também por 11 Centros de Saúde (Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratoles, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena) com equipes de Saúde da Família (eSF) e uma (01) Policlínica. Os usuários da UPA Norte são oriundos de 64 bairros de Florianópolis, com destaque para Ingleses e Canasvieiras. Caracterizada como Porte III, teve início em 2009, escolhida como piloto para estabelecer a implantação do ACCR.

A Unidade de Pronto Atendimento de Itajaí é caracterizada como porte I. A área geográfica de atuação dos serviços de saúde compreende 13 bairros, que abrangem uma população de aproximadamente 223.112 pessoas de acordo com o último censo (IBGE, 2020), dentre os quais está o bairro Cordeiros, onde se encontram localizadas a UPA e três Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família.

A estrutura conta com 1500m<sup>2</sup> de área física, divididos em consultórios médicos, salas de exames, raio-x, farmácia, sala de imobilização de fraturas, espaço para atendimento de urgência, sala de eletrocardiografia, sala de observação e de coleta de materiais (PREFEITURA DE ITAJAÍ).



### 3.2 POPULAÇÃO E GRUPO AMOSTRAL

A população corresponde ao número de enfermeiros e médicos das UPAs, que equivale a 55 profissionais. A amostra foi constituída de 38 participantes integrantes das duas UPAs, sendo 14 enfermeiros e 24 médicos.

#### 3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os profissionais enfermeiros e médicos, independentemente do tipo de vínculo empregatício e que tenham no mínimo três meses de atuação na instituição, tempo considerado necessário para conhecer a sua organização. A escolha dos profissionais enfermeiros e médicos relaciona-se ao envolvimento direto destes no ACCR nas instituições, aspecto que encontra respaldo na PNAU (2006) e na Resolução no. 423/2012 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012). Foram excluídos 17 profissionais por motivo de férias, licença ou afastamento no período da coleta de dados, ou ainda por não preencherem corretamente o instrumento de pesquisa. Amostragem do tipo intencional.

### 3.3 COLETA DE DADOS

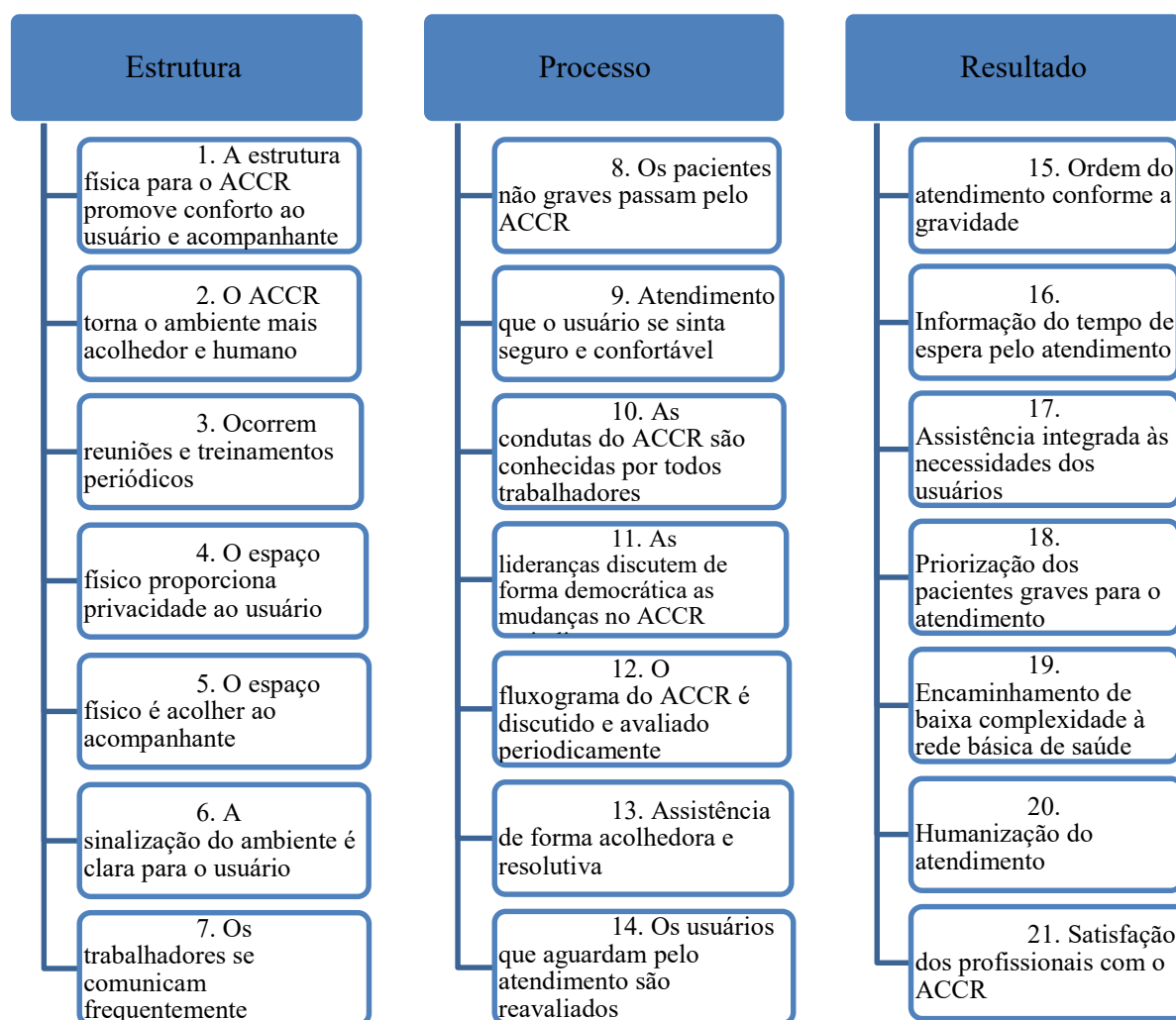
Os dados foram coletados em períodos diferentes, na UPA Itajaí em 2016 e na UPA Florianópolis, em 2019 e 2020. Justifica-se que, como ambas as UPAs contemplam o macroprojeto do GEASS, os dados coletados na UPA de Itajaí não foram analisados anteriormente, para a realização de uma análise comparativa com os dados de Florianópolis, o que só ocorreu em 2020. A coleta foi realizada por duas pesquisadoras (uma correspondente a cada UPA), presencialmente, durante os turnos vespertino e noturno de trabalho dos profissionais. As pesquisadoras se organizaram para a coleta a partir da escala mensal dos profissionais. Os instrumentos foram preenchidos pelos próprios participantes.

Para a pesquisa foi utilizado o questionário validado “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco” (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a), adaptado para a UPA (HERMIDA et al., 2018) (Quadro 1).

O instrumento, que foi desenvolvido com base nos conceitos donabedianos de avaliação em saúde, é composto por duas partes, sendo elas: I - dados sociodemográficos dos participantes; e II - dimensões da tríade de avaliação - estrutura, processo e resultado. Todas estas dimensões possuem 21 itens, que são medidos por uma escala Likert, com pontuação de 1 a 5, que aponta se os participantes concordam ou discordam das afirmativas. O número 5 tem representação de concordância máxima (Concordo totalmente) e o 1, concordância

mínima (Discordo totalmente). O número 3 é tido como “indiferente”. Nos 21 itens do instrumento, 12 tem significado positivo e 9, negativo. Os itens de 1 a 7 avaliam a dimensão Estrutura, de 8 a 14 Processo, de 15 a 21 Resultado, conforme mostra o Quadro 1 (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

Quadro 1 - Descrição geral das variáveis de cada dimensão do instrumento de avaliação do ACCR.



Fonte: Belluci Júnior e Matsuda (2012b), figura adaptada.

O instrumento pode ser aplicado tanto para os profissionais de enfermagem quanto para a equipe multiprofissional, pois ele avalia uma escala, de forma geral, das dimensões Estrutura, Processo e Resultado em uma instituição de emergência que utiliza como diretriz o ACCR (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e analisados no Software Epi Info versão 3.5.2, foi aplicado a estatística descritiva (frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão) na análise dos participantes. Para avaliar o ACCR foi utilizado o cálculo do Ranking Médio (RM) para os itens analisados.

Para alcançar a pontuação de 21 itens do instrumento pelo RM, primeiramente foram invertidos (positivados) os valores de 9 itens (item 3, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 19 e 20) descritos negativamente. Em seguida, cada item foi multiplicado pela frequência das respostas pelo seu respectivo valor na escala Likert, e depois somados os resultados atingidos. O valor conseguinte foi dividido pelo número total de respostas do item, que vai equivaler ao RM do mesmo,  $RM_i = \sum(fr. e) / NT_i$  (HERMIDA et al., 2018). Os valores do RM mais próximos a 5 simbolizam maior nível de satisfação dos profissionais, e os mais próximos a 1, menor nível de satisfação.

Para a dimensão Estrutura, Processo e Resultado foi calculada a Pontuação Média (PM), de acordo com a fórmula:  $PM = \sum RM_i$  (HERMIDA et al., 2018), que resulta da somatória do RM dos itens respectivos. A PM equivale a representatividade das dimensões ela pode ser classificada em ótima, satisfatória, precária ou insuficiente. A PM pode ir da mínima possível que é 7 até a máxima que é 35, com uma amplitude de 28 pontos, de acordo com a padronização dos escores (Quadro 2) (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b).

**Quadro 2** – Escores para pontuação das dimensões de avaliação (Estrutura, Processo e Resultado) do ACCR.

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

Fonte: Belluci Júnior; Matsuda (2012b) adaptado.

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 possibilitará evidenciar a representatividade destas.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização do estudo, foi solicitada a permissão da Secretaria Municipal de Saúde e submetido o projeto à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPSH da UFSC, parecer nº. 1.048.858, CAAE: 43555715.8.0000.0121, relativo ao estudo na UPA de Itajaí, e parecer nº 3.615.636, CAAE: 21800719.1.0000.0121, referente à pesquisa na UPA de Florianópolis. O projeto atendeu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos e neste sentido, todos os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a sua participação na mesma, sendo garantidos o seu anonimato. Também foi assegurado aos participantes o direito de interromper a sua participação no estudo a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B) em duas vias, uma ficou com os participantes e a outra com o pesquisador.

## 4. RESULTADOS

Conforme estabelecido pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados e discussão do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) são apresentados na forma de manuscrito, de acordo com a Resolução do CNE/CES nº3 de 2001 (FLORIANÓPOLIS, 2015).

O presente manuscrito foi intitulado “Avaliação da Qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento.”

### 4.1 MANUSCRITO

#### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

##### RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento, na perspectiva dos profissionais de saúde. Método: estudo avaliativo, descritivo, quantitativo, realizado em Unidades de Pronto Atendimento de dois municípios de Santa Catarina. A pesquisa foi realizada com enfermeiros e médicos. A amostra foi constituída de 38 participantes, sendo 24 de Itajaí e 14 de Florianópolis. Aplicou-se um questionário validado, adaptado para Unidade de Pronto Atendimento, desenvolvido com base nos conceitos donabedianos de avaliação em saúde, composto pelos dados sociodemográficos dos participantes e pelas dimensões - estrutura, processo e resultado, que totalizam 21 itens, medidos por uma escala Likert. Os dados foram analisados pelo *Software Epi Info* e calculados os *Rankings* Médios dos itens (nível de satisfação - varia de 1 a 5) e a Pontuação Média das dimensões (representatividade - oscila de 7 a 35), classificadas como insuficiente a ótima. Resultados: predominou os participantes médicos (n= 24), na faixa etária de 30 a 39 anos, atuando de 1 a 2 anos nas Unidades. Na dimensão estrutura os resultados foram divergentes. O *Ranking* Médio da unidade de Itajaí foi mais positivo quanto ao conforto do usuário/acompanhante, acolhimento do acompanhante e sinalização do ambiente (4,1; 3,7; 3,2) respectivamente do que em Florianópolis (2,2; 1,9; 2,1). Já os itens ambiência acolhedora (3,6; 3,5) e comunicação entre a equipe (3,2; 3,1), receberam pontuações positivas

semelhantes em ambas as Unidades. Na dimensão processo obteve maior pontuação a segurança e conforto do usuário (4,8; 4,4) e menor, discussão sobre o fluxograma (2,0; 1,6). Na dimensão resultado com maior *Ranking* médio, priorização dos casos graves (4,2; 4,8) e menor, humanização do atendimento (2,8; 2,2). A tríade com melhor Pontuação Média foi Processo (24,5; 24,0) em ambas, correspondendo a representatividade precária, na Estrutura (23,8; 17,4), Florianópolis teve avaliação insuficiente, na dimensão Resultado as Unidades obtiveram mesma Pontuação Média (21,9) configurando representatividade precária. Conclusão: a avaliação negativa dos profissionais em relação à estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco, denota a necessidade de melhorias, a fim de atender às prerrogativas da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Palavras-chave: Acolhimento; serviços de saúde de emergência; enfermagem em emergência; pesquisa sobre e serviços de saúde; qualidade da assistência à saúde.

## INTRODUÇÃO

Em 2004 foi criado o programa QualisUS, que tem como princípio a humanização profissional e do usuário dos serviços de saúde. Posteriormente foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), ela vem para reforçar a garantia de atenção à saúde de forma resolutiva, humana e integral, advindo desta política surge a diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), tendo como premissa a reorganização e promoção dos serviços de saúde (SANTOS et al., 2018).

O Acolhimento com Classificação de Risco baseia-se na avaliação e recepção do paciente na sua chegada no serviço de saúde, tendo uma escuta sensível às suas queixas e aflições. Especificamente, a classificação de risco, tem como prioridade avaliar o atendimento de acordo com o nível de gravidade do usuário, buscando situações de risco, estruturando o trabalho, fornecendo orientações quanto ao tempo de espera e visando diminuir a ansiedade e angústia que os agravos em saúde podem gerar (MORENO et al., 2018).

O Brasil, além de diversos outros países, usa a classificação de risco. Para esta classificação, foram elaborados alguns protocolos, que tem como objetivo, primeiramente, não atrasar o atendimento para pacientes que precisam de procedimentos de saúde imediato. Todos estes protocolos têm fundamentação na avaliação primária do usuário (BRASIL, 2009 apud SANTOS et al., 2020).

No que tange o cuidado à saúde, os protocolos auxiliam a direcionar a gestão da assistência. Ele tenta corroborar o cuidado com a evidência científica e a prática (RATES et al., 2018). Após a implementação do protocolo de Manchester, a classificação de risco feita pelo enfermeiro mudou, pois a prioridade não passou mais a ser a ordem de chegada, mas sim, o atendimento medido pela gravidade do paciente que chega à porta da instituição. Este protocolo confere ao enfermeiro fundamentos para a tomada de decisões, em concordância com a priorização que foi embasada na condição clínica do paciente, oferecendo um atendimento com maior garantia, pois acompanha um roteiro pré-estabelecido (VIEIRA et al., 2017 apud MARCULINO et al., 2015).

Justifica-se este estudo corroborando com Rodrigues et al (2019), quando refere que faz-se necessário a avaliação dos serviços de saúde, para tornar o ACCR mais humanizado e eficiente. Frente ao exposto, o estudo tem como objetivo avaliar a qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento, na perspectiva dos profissionais da saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em duas UPAs, uma do município de Itajaí e a outra de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A UPA de Itajaí atende usuários oriundos de 13 bairros, enquanto a de Florianópolis é referência para usuários procedentes de 64 bairros.

A população corresponde a 55 profissionais enfermeiros e médicos das duas UPAs. A amostra foi constituída de 38 participantes, 14 enfermeiros e 24 médicos. Foram incluídos os profissionais enfermeiro e médico com no mínimo três meses de atuação na instituição, tempo considerado necessário para conhecer a sua organização. A escolha dos profissionais está relacionada ao envolvimento destes no ACCR. Foram excluídos 17 profissionais que estavam ausentes no período da coleta de dados devido férias, licença ou afastamento, ou que preencheram incorretamente o instrumento de pesquisa. Amostragem do tipo intencional.

Os dados foram coletados na UPA de Itajaí em 2016 e de Florianópolis, em 2019 e 2020, pois originaram de duas pesquisas distintas do macroprojeto “Organização das Unidades de Pronto Atendimento do estado de Santa Catarina: com a palavra os gestores, profissionais de saúde e usuários”, do Laboratório de Pesquisa no Cuidado de Pessoas em Situação Aguda de Saúde (GEASS).

A coleta foi realizada presencialmente, por duas pesquisadoras, uma em cada UPA. Foi aplicado o questionário “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco” (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a) adaptado para UPA (HERMIDA et al., 2018). O instrumento contempla dados sociodemográficos dos participantes e as dimensões da tríade de avaliação Donabediana - estrutura, processo e resultado, que totalizam 21 itens. Cada item é avaliado com pontuação de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b). O instrumento foi preenchido pelo próprio participante.



A análise dos dados, envolvendo as duas UPAs só ocorreu em 2020 a fim de se realizar uma análise comparativa entre os achados de ambas. Os dados foram analisados com o *Software* Epi Info versão 3.5.2. Na avaliação do ACCR foi empregado o cálculo de Ranking Médio  $RM_i = \sum(fr. e) / NT_i$  (HERMIDA et al., 2018), que pode ser traduzido como a multiplicação de cada item pela frequência que aparecem as respostas pelo seu valor respectivo na escala Likert. Em seguida estes resultados foram somados e divididos pelo total de respostas do item. Os valores de RM podem simbolizar um maior nível de satisfação (pontuação 5) ou um menor nível de satisfação (pontuação 1) (INOUE et al., 2015a). Para avaliação foi usado a Pontuação Média, que corresponde à representatividade das dimensões, ela é a somatória dos RM,  $PM = \sum RM_i$  (HERMIDA et al., 2018) elas podem ser categorizadas como ótima (31,5 a 35,0), satisfatória (26,2 a 31,4), precária (17,5 a 26,1) ou insuficiente (7 a 17,4).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº. 1.048.858, CAAE: 43555715.8.0000.0121, relativo à pesquisa na UPA de Itajaí (ANEXO 3), e parecer nº 3.615.636, CAAE: 21800719.1.0000.0121, referente à investigação em Florianópolis (ANEXO 2). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B).

## RESULTADOS

Participaram 38 profissionais, 24 da UPA de Itajaí e 14 de Florianópolis. Destes, em ambas as UPAs, a maioria foi representada por médicos (n=24; 63,1%), do sexo feminino (n=23; 60,5%), na faixa etária entre 30 a 39 anos (n=15; 39,4%), de cor branca (n=35; 92,1%) e solteiros (n=15; 39,4%). Quanto à atuação na UPA, a maior parte dos profissionais atuam de 1 a 2 anos (n=22; 57,8%) e concluíram a graduação há mais de 10 anos (n=25; 65,7%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características dos participantes - UPA Itajaí (N=24) e UPA Florianópolis (N=14), SC, Brasil, 2016/2020.

VARIÁVEL	UPA Itajaí	UPA Florianópolis
----------	------------	-------------------

Categoria Profissional	n	%	n	%
Médico	16	66,5	8	57,2
Enfermeiro	8	33,5	6	42,8
<hr/>				
Sexo				
Feminino	16	66,5	7	50,0
Masculino	8	33,5	7	50,0
<hr/>				
Faixa Etária (em anos)				
< 30	6	25,0	1	7,1
30 - 39	10	41,5	5	35,7
40 - 49	2	8,0	6	42,9
50 - 59	4	16,5	2	14,2
60 - 69	2	8,0	-	-
<hr/>				
Cor ou Raça				
Branco	22	91,5	13	92,9
Parda	2	8,5	1	7,1
<hr/>				
Estado Civil				
Solteiro	10	41,5	5	35,7
Casado	9	37,5	7	50,0
União Estável	4	16,5	-	-
Divorciado	1	4,0	2	14,2
<hr/>				
Tempo de atuação na UPA (em anos)				
< 1	3	13,0	2	14,2
1 - 2	12	50,0	10	71,5
2 - 4	9	37,0	2	14,2
<hr/>				
Tempo de conclusão da graduação (em anos)				
2 - 10	10	40,0	3	21,4

> 10	14	60,0	11	78,6
------	----	------	----	------

Nas tabelas 2, 3 e 4, observa-se os itens de cada Dimensão com seus respectivos RM, o valor e representatividade da PM de cada dimensão, além da Média de cada Dimensão.

Na Tabela 2, que corresponde à dimensão Estrutura, observa-se que a UPA de Itajaí recebeu representatividade Precária, já a de Florianópolis foi Insuficiente, o que demonstra uma menor satisfação dos profissionais. O item que obteve pior RM nas duas UPAs foi o treinamento periódico (RM=2,1 e 1,6). Na UPA de Itajaí o item com maior RM foi conforto do usuário e acompanhante, o que diferiu da UPA Florianópolis, com RM de 2,2. A maior pontuação na UPA de Florianópolis foi sobre a ambiência acolhedora (RM=3,5). A PM foi respectivamente de 23,8 e 17,4.

**Tabela 2** - Avaliação da Estrutura do Acolhimento com Classificação de Risco na UPA Itajaí e UPA Florianópolis, SC, Brasil, 2016/2020.

Item	UPA*		UPA*		UPA*		UPA*	
	A†	B‡	A†	B‡	A†	B‡	A†	B‡
	RM§	RM§	PM	PM	Rep¶	Rep¶	Média	Média
Conforto do usuário/ acompanhante	4,1	2,2	23,8	17,4			3,4	2,5
Ambiência acolhedora	3,6	3,5						
Treinamento periódico	2,1	1,6						
Privacidade nas consultas	3,9	3,0			Precária			
Acolhimento do acompanhante	3,7	1,9					Insuficiente	
Sinalização do ambiente	3,2	2,1						
Comunicação entre a equipe	3,2	3,1						

Nota: \*UPA = Unidade de Pronto Atendimento; †A = UPA Itajaí; ‡B = UPA Florianópolis; RM§ = *Ranking* Médio do item; PM|| = Pontuação Média da dimensão estrutura; Rep¶ = Representatividade.

Na Tabela 3, referente à dimensão Processo, os dados denotam semelhança entre as UPAs. Os itens com maior RM foram, segurança e conforto do usuário (RM=4,8 e 4,4) e

equipe treinada (RM=4,3 e 4,4). Receberam como PM 24,5 e 24,0, tendo, em ambas as UPAs a representatividade precária na opinião dos profissionais.

**Tabela 3** - Avaliação do Processo do Acolhimento com Classificação de Risco na UPA Itajaí e UPA Florianópolis, SC, Brasil, 2016/2020.

Item	UPA*		UPA*		UPA*		UPA*	
	A†	B‡	A†	B‡	A†	B‡	A†	B‡
	RM§	RM§	PM	PM	Rep¶	Rep¶	Média	Média
Segurança e conforto do usuário	4,8	4,4	24,5	24,0			3,5	3,4
Avaliação dos casos não graves	3,7	3,4						
Conhecimento das condutas do ACCR	3,6	4,0						
Relação entre liderança/liderados	3,8	3,5						
Discussão sobre o fluxograma	2,0	1,6						
Equipe treinada	4,3	4,4						
Reavaliação dos casos em espera	2,3	2,7						

Nota: \*UPA = Unidade de Pronto Atendimento; †A = UPA Itajaí; ‡B = UPA Florianópolis; RM§ = *Ranking* Médio do item; PM|| = Pontuação Média da dimensão estrutura; Rep¶ = Representatividade.

Na dimensão Resultado tanto a UPA de Itajaí e a UPA de Florianópolis tiveram a mesma PM de 21,9, que demonstra representatividade precária. O item com maior RM (4,2; 4,8) foi a priorização dos casos graves. E os itens com menor RM (2,8 e 2,2) nas duas UPAs foram a humanização do atendimento e a contrarreferência. A integração da equipe de saúde obteve em ambas o mesmo RM (3,2).

**Tabela 4** - Avaliação do Resultado do Acolhimento com Classificação de Risco na UPA Itajaí e UPA Florianópolis SC, Brasil, 2016/2020.

Item	UPA*		UPA*		UPA*		UPA*	
	A†	B‡	A†	B‡	A†	B‡	A†	B‡
	RM§	RM§	PM	PM	Rep¶	Rep¶	Média	Média
Atendimento primário gravidade de caso	3,2	2,8	21,9	21,9			3,1	3,1
Humanização do atendimento	2,8	2,2						
Integração da equipe de saúde	3,2	3,2						
Informação sobre o tempo de espera	2,9	3,7						
Priorização dos casos graves	4,2	4,8				Precária		Precária
Contrarreferência	2,8	2,2						
Satisfação com o resultado ACCR	2,8	3,0						

Nota: \*UPA = Unidade de Pronto Atendimento; †A = UPA Itajaí; ‡B = UPA Florianópolis; RM§ = *Ranking* Médio do item; PM|| = Pontuação Média da dimensão estrutura; Repr¶ = Representatividade.

Cabe destacar também que, dos 21 itens avaliados em ambas as UPAs, nenhum atingiu a pontuação máxima de 5 pontos, ou seja, maior nível de satisfação. O mais próximo a este limiar foi o item Priorização dos casos graves com 4,8 pontos correspondente às dimensões Resultado e Processo.

Entre as dimensões, a que recebeu maior PM, foi a Dimensão Processo (PM=24,5), porém, a sua representatividade, na perspectiva donabediana, é considerada precária (17,5 a 26,1 pontos). Já a dimensão que recebeu uma menor PM na UPA de Florianópolis foi a Estrutura (PM=17,4) representada como insuficiente, e na UPA de Itajaí a dimensão Resultado (PM=21,9), considerada precária. Com relação a Média das Dimensões, a que atingiu maior pontuação foi a Dimensão Processo (3,5).

## DISCUSSÃO

Sobre o conforto do usuário/acompanhante, estudos mostram que a estrutura física inapropriada é um obstáculo para o cuidado humanizado, pois o ambiente deve promover conforto, privacidade e respeito, com ausência de odores e sons desagradáveis, respeitando a dignidade da pessoa (SOUSA et al., 2019).

Com relação à ambiência acolhedora, devemos respeitar a individualidade e privacidade dos usuários, utilizando cortinas, divisórias e outras alternativas. É previsto por diretrizes o direito do acompanhante ser acolhido, mas para que isso aconteça é necessário ter estrutura física para acomodá-los, não limitando-se apenas as áreas onde o paciente fica, mas em todos os ambientes (SIQUEIRA, 2019 apud BRASIL, 2009). Segundo a PNH, o espaço físico caracteriza o acolhimento, como forma de garantir o conforto do usuário. Sobre esse fator, uma pesquisa realizada em Milão, sobre conforto e humanização em setores de emergência, evidenciou que o ambiente influencia muito na percepção dos clientes a respeito do que descreve um bom atendimento (SOUSA et al., 2019).

A ambiência está atrelada ao investimento direcionado a estrutura física de uma instituição de saúde, ela pode atuar como intermediário nas relações interpessoais, que acontecem entre os pacientes, profissionais e familiares. A ambiência pode agir como um facilitador de vínculo entre o usuário e o estabelecimento de saúde. Quando o espaço físico está em conformidade com o estabelecido na PNH, pode proporcionar resolutividade, humanização e segurança na assistência (BARROS; MAZZAIA, 2019).

Em estudo de Nascimento et al (2015), na unidade de emergência de um hospital geral em Santa Catarina, realizado com profissionais de enfermagem, com o objetivo de perceber como os profissionais veem a ambiência da emergência hospitalar no cuidado ao idoso, os autores destacam a ambiência, consolidada em três eixos, privacidade, conforto e individualidade dos usuários; a estrutura física como um facilitador no processo de trabalho; local onde os usuários, acompanhantes e profissionais possam ter acesso. O serviço de emergência estudado mostrou-se precário para o cuidado ao idoso (NASCIMENTO et al., 2015). E veio ao encontro de um outro estudo que avaliou oito hospitais públicos de regiões brasileiras, e concluíram que a ambiência foi avaliada por 91% dos participantes como insuficiente (O'DWYER et al., 2009 apud NASCIMENTO et al., 2015).

O treinamento periódico dos profissionais que executam o ACCR é de vital importância para a fixação e renovação de conhecimentos acerca da temática. A Portaria do Ministério da Saúde n.º 2048 de 05 de novembro de 2002 preconiza que o profissional de

saúde, para atuar na classificação de risco, precisa receber treinamento específico e aplicar o protocolo predeterminado. Entende-se que a falta de treinamento pode gerar lacunas no processo de classificação dos pacientes, o que pode ocasionar falsas classificações, colocando em risco a saúde da população que busca esse tipo de atendimento (CAMPOS et al., 2020).

No Brasil, o ACCR tem apresentado dificuldades e desafios para implantação, com necessidades de adequações; os profissionais não se sentem capacitados e apresentam sofrimentos diante das tensões vivenciadas. Ressalta-se ainda a insuficiente implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências contribuindo para que o ACCR se torne ineficiente em alguns casos (RATES et al., 2018).

Sobre a sinalização do ambiente, de acordo com Rangel (2011), nas instituições de saúde, geralmente o usuário se encontra cercado de medo, estresse e incertezas. Neste cenário, a autora refere que o paciente fica mais distraído, e sua capacidade cognitiva pode estar diminuída. Ainda corroborando com a autora, instituições de saúde costumam ser de grandes dimensões, e para que o usuário percorra tranquilamente nesse ambiente, eles precisam ter acesso a informações objetivas e seguras, que estejam localizadas em pontos estratégicos. Este papel é cumprido pela sinalização correta, e para isso é preciso que o ambiente comporte iluminação adequada, espaço e visibilidade das estruturas (GALVEZ, 2019 apud RANGEL, 2011).

Em relação ao fluxograma, no sentido de garantir a integralidade da assistência, os fluxogramas utilizam estratégias e ferramentas para identificar e apontar, no processo de trabalho, “pontos críticos” do desempenho da unidade de saúde, a fim de buscar elucidações e melhores abordagens mediante a redução da variabilidade das ações e maior segurança dos profissionais de saúde para a tomada de decisão (TABILE et al., 2015). Para reduzir os obstáculos no atendimento, é essencial a clareza do fluxograma no ACCR. Atualmente, é visto que em instituições de saúde que procuram discutir o fluxograma com a equipe de saúde, tem progressos evidentes na qualidade e gestão do cuidado (BELUCCI JUNIOR et al., 2015).

Sobre a reavaliação de casos em espera, pesquisa realizada por Costa et al (2015), em dois serviços hospitalares de emergência, com a equipe de enfermagem, quando abordado a temática de reavaliação dos casos em espera, obteve avaliações negativas, com pontuações baixas. Este item é fundamental para o ACCR, pois ele traduz a manutenção da classificação realizada pelo profissional qualificado. O paciente classificado como não sendo de risco, pode evoluir para uma piora do quadro clínico, e precisar de cuidados urgentes. Dito isto, é

esperado que o profissional se responsabilize pelo paciente durante todo o tempo de espera para atendimento, que foi estabelecido pela classificação de risco (NUNES et al., 2017).

Outro assunto que merece importância é a priorização dos casos graves, e os seus impactos no quadro de saúde do paciente, sendo que o atendimento classificado por nível de gravidade e sua priorização podem afetar diretamente a morbimortalidade (HERMIDA et al., 2018). Na tentativa de a saúde firmar-se como um direito social, vê-se a necessidade de priorizar demandas do usuário no tempo propício, em conformidade com o direito universal que tem de ser garantido pelo Estado ou pela iniciativa privada, de forma justa e integral (RONCALLI et al., 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, e a Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017, o atendimento concedido ao usuário em situações agudas de saúde deve ser de resolução rápida e de qualidade. Também deve haver uma conduta estruturada, para prestar o primeiro atendimento a pacientes com trauma ou cirúrgicos, trabalhando com a estabilidade do quadro e diagnóstico inicial, da mesma forma, deve ser feito o encaminhamento para instituição adequada quando necessário (PINTO et al., 2019).

A integração da equipe de saúde é um assunto discutido no âmbito nacional, principalmente no que diz respeito às relações interpessoais. O conceito de equipe vem do coletivo, ou de um conjunto de concepções em constante transformação, que tem como característica uma rede de conexões. Muitos são os fatores para um bom desenvolvimento de integração da equipe, como por exemplo a comunicação, flexibilidade, empatia e cooperação mútua (PERUZZO et al., 2018).

A respeito da humanização do atendimento, de acordo com Sousa (2019), em concordância com a PNH, além do tratamento adequado aos pacientes, humanizar a assistência traduz ofertar serviços, recursos materiais, humanos e estrutura, tendo em vista um cuidado confortável e seguro, que garanta o bem-estar dos pacientes nas instituições de saúde, considerando sempre a participação do usuário neste processo. A humanização é um somatório de diretrizes e princípios, que são desenvolvidos por meio de ações nas diversas instituições de saúde. Ela é uma política transversal, e o seu desenvolvimento se une com a necessidade de priorização dos usuários, gestores e profissionais da rede de saúde, com ênfase para a integralidade e singularidade da população atendida (TEIXEIRA, 2017).

Na dimensão Resultado temos como destaque a questão da contrarreferência, é padronizado pela Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017 do MS, que a UPA esteja vinculada a outros pontos da rede de saúde, como a Atenção Básica, unidades hospitalares e o SAMU, a contrarreferência é fundamentada por meio de fluxos lógicos desenvolvidos pelas Centrais de



Regulação de Urgências (PINTO et al., 2019). Quando a contrarreferência é feita de maneira coerente e estruturada, ela proporciona a integração dos serviços de saúde, para sua efetividade ela deve ser conduzida por meio de uma comunicação clara. Em uma outra vertente, quando acontece de uma maneira inapropriada, ela pode se tornar um obstáculo na continuidade do cuidado em saúde entre os níveis da rede (HERMIDA et al., 2019).

## CONCLUSÃO

A avaliação dos profissionais em relação à dimensão Estrutura, evidenciou maior satisfação referente à ambiência acolhedora e ao conforto do usuário/acompanhante, e a menor satisfação relativa ao treinamento periódico, acolhimento ao acompanhante e sinalização do ambiente. Quanto ao Processo, as melhores avaliações foram referentes a segurança e conforto do usuário e equipe treinada, em contrapartida, a discussão sobre o fluxograma e reavaliação dos casos em espera teve a pontuação mais baixa desta categoria. Na dimensão Resultado, de acordo com os profissionais, destacou-se a priorização dos casos graves e integração da equipe de saúde, enquanto a humanização do atendimento e a contrarreferência receberam piores avaliações. As dimensões obtiveram Pontuação Média de 17,4 a 24,5, sendo caracterizadas como precárias e insuficientes, nenhuma delas alcançou um nível de satisfação positivo por parte dos profissionais.

Destacam-se os pontos positivos julgados pelos profissionais, que demonstram uma boa comunicação entre a equipe de saúde, que as UPAs oferecem conforto e segurança para os usuários, e que existem as bases fundamentais de instituições de serviços de urgência e emergência, como a priorização dos casos graves e a integração entre a equipe.

Conclui-se que para que o serviço seja aprimorado e aperfeiçoado, os pilares da tríade donabediana precisam estar em constante avaliação, para que suas potencialidades e fragilidades sejam vistas com clareza, e, a partir disso, as melhorias possam ser executadas, com a finalidade de oferta de um serviço de saúde amplamente resolutivo e de continuidade.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, Paulo Ricardo Camelo Bandeira; MAZZAIA, Maria Cristina. A percepção de enfermeiros acerca da ambiência na saúde mental. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 2322-2342, 2019.
- BELLUCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 419-428, 2012a.
- BELLUCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-7, 2012b.
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido *et al.* Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 23, n. 1, p. 1-6, 13 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento\\_politica\\_humanizacao\\_rede\\_gestaosus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_politica_humanizacao_rede_gestaosus.pdf)> Acesso em: 19 de janeiro 2021.
- CAMPOS, Thais Santos *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020.
- COSTA, Maria Antonia Ramos *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Jul-Set, v.19, n.3 p.491-497, 2015.
- GÁLVEZ, Carmen; VILLAROUÇO, Vilma. A relação entre o design e a arquitetura no projeto de sinalização de ambientes hospitalares. **Anais do 9º Congresso Internacional de Design da Informação**, Belo Horizonte, p. 369-381, 2019.
- HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n., p. 1-7, 2018.
- HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Contrarreferência em unidade de pronto atendimento: discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 143-150, 2019.
- INOUE, Kelly Cristina *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.

MARCULINO, Leilane Mercedes Gomes *et al.* Saberes e práticas do enfermeiro acerca do sistema manchester de classificação de risco. **Rev Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v. 10, n. 9, p.9462-9468, out. 2015.

MORENO, Elaine Cristina Santos Garcia *et al.* Acolhimento com classificação de risco em um hospital da rede pública: percepção dos usuários. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 89-97, 2018.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do *et al.* Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015.

NUNES, Bruna Xavier *et al.* Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: caracterização do atendimento mediante protocolos: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, v. x, n. 3, p. 12-31, 2017.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

PERUZZO, Hellen Emília *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

PINTO, Rodrigo Serpa; STOCKER, Tainá; DE LIMA, Tania Marisa. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 127-136, 2019.

RANGEL, Marcia Moreira. Cor e Ergonomia do Ambiente Construído: uma investigação da orientação espacial em um ambiente hospitalar. Tese de doutorado. PUC Rio, Rio de Janeiro, p.1-20, 2011. Acesso em: 19 de jan 2021.

RATES, Hosana Ferreira *et al.* O (in) visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, n. p. 1-8 2018.

RODRIGUES, Mayzza Campina *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto atendimento: avaliação sob a ótica do enfermeiro. **Saúde em Revista**, v. 19, n. 51, p. 101-107, 2019.

RONCALLI, Aline Alves *et al.* Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 1-10, 2017.

SANTOS, Emilly Tainá Silva dos; FREITAS, Arina Angelica Santos; OLIVEIRA, Daniele Martins de Lima. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: frente a superlotação dos serviços hospitalares de urgência. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE, v. 5, n. 1, p. 187, 2018.

SANTOS, Sidlayne *et al.* A atuação do enfermeiro na classificação de risco de pacientes em unidade de emergência: um enfoque no protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica da Estácio**, Recife, v.6, n.1, p. 1-11, 2020.

SIQUEIRA, Arline de Jesus; CARVALHO, Mariana Ferreira Alves de. Enfermeiro: atendimento humanizado em urgência e emergência. TCC, p. 1-48, Roraima, 2019.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

TABILE, Patrícia Micheli *et al.* A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto PET-saúde. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 1, p.680-690, 2015

TEIXEIRA, Allessandra Przyczynski; MOURA, Eliane Rosa Pereira. O acompanhante no contexto hospitalar. **Revista cuidado em enfermagem - CESUCA**, v. 3, n. 4, p. 1-7, 2017.

VIEIRA, Denis da Cunha; SALES, Márcia de Assis; DRUMOND, Cristiano. As principais dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no serviço de urgência e emergência, utilizando o protocolo de Manchester 2017.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou um aprofundamento na compreensão de como os profissionais de saúde veem o ACCR nas UPAs. Os dados denotam a insatisfação da avaliação em saúde dos profissionais quanto ao ACCR nas UPAs. Alguns dados diferiram de uma UPA para outra, contudo, nenhuma das dimensões avaliadas recebeu uma representatividade positiva. A dimensão Estrutura obteve uma pontuação mais baixa na UPA de Florianópolis, sendo esta, a avaliação que mais apresenta queixas dos profissionais. Na UPA de Itajaí a dimensão Resultado foi a que necessita de mais atenção e aprimoramento na opinião dos entrevistados.

Os objetivos elencados foram alcançados, mostrando a perspectiva de insatisfação por parte dos profissionais com o ACCR, com diferentes destaques nas UPAs foco da pesquisa. Com prioridade de melhorias, à Estrutura na UPA de Florianópolis, e o Resultado na UPA de Itajaí. Este estudo mostra-se relevante para médicos, enfermeiros e gestores que atuam no ACCR, possibilitando reflexões que levem a melhorias no sistema de saúde, bem como na continuidade da assistência por meio de uma contrarreferência eficaz, efetivo acolhimento do acompanhante e usuário e uma boa comunicação entre toda a equipe de saúde a fim de organizar melhor o fluxo de atendimento. Mostra-se vital a continuidade de pesquisas avaliativas, envolvendo além dos profissionais, gestores, e usuários, para gradativamente caminhar para o melhoramento da atenção em saúde.

Na perspectiva pessoal, este estudo foi importante para meu desenvolvimento profissional e de grande aprendizado quanto a produção do conhecimento. Foi a minha primeira experiência em realizar pesquisa, desde a participação na construção do projeto, registro na plataforma da secretaria municipal de saúde, plataforma brasil, coleta, organização e análise dos dados. Pude entender com mais clareza o ACCR, a sua importância na avaliação e priorização do atendimento do paciente e compreensão dos profissionais de saúde que atuam na UPA referente ao ACCR.

Espera-se que a leitura desse trabalho possa estimular outros estudos acerca do ACCR em diferentes pontos da RUE, incluindo também a referência e contrarreferência da UPA envolvendo gestores, centrais de regulação, usuários e profissionais.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, Paulo Ricardo Camelo Bandeira; MAZZAIA, Maria Cristina. A percepção de enfermeiros acerca da ambiência na saúde mental. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 2322-2342, 2019.
- BELLUCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 419-428, 2012a.
- BELLUCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-7, 2012b.
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido *et al.* Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 23, n. 1, p. 1-6, 13 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html). Acesso em: 13 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento\\_politica\\_humanizacao\\_re\\_de\\_gestaosus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_politica_humanizacao_re_de_gestaosus.pdf)> Acesso em: 19 de janeiro 2021.
- CAMPOS, Thais Santos *et al.* Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p.1-11, 2020.
- CASSETTARI, Sonia da Silva Reis; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 1, p.1-9, 2017.
- CARVALHO, Silas Santos *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 2, p. 301-307, 2018.
- 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. Disponível em <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html)>. Acesso em: 19 dez 2020.
- COSTA, Maria Antonia Ramos *et al.* Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Jul-Set, v.19, n.3 p.491-497, 2015.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago (US), v. 260, n. 12, p. 1743-8, sep., 1988.

DURO, Carmen Lúcia Mottin *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista RENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Vol. 15, n. 3, p. 447-454, 2014.

FARIA, Tamara Lima Martins *et al.* A política nacional de urgência e emergência sob a coordenação federativa em municípios paraenses. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n.3, p. 726-737, 2017.

FEITOSA, Maria Mônica *et al.* Acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 136-143, 2017.

FERREIRA, Nayara *et al.* Proporção de atendimentos pós implantação do protocolo Manchester em um hospital público do Mato-Grosso. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 06, p. 50-58, 2017.

GÁLVEZ, Carmen; VILLAROUÇO, Vilma. A relação entre o design e a arquitetura no projeto de sinalização de ambientes hospitalares. Anais do 9º Congresso Internacional de Design da Informação, Belo Horizonte, p. 369-381, 2019.

GRANJA, Gabriela Ferreira *et al.* Análise da política nacional de atenção às urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das redes de atenção à saúde. In: Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde, 2013, Belo Horizonte. **Anais**. São Paulo: Abrasco, p. 116.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. Avaliação de uma unidade de pronto atendimento quanto ao acolhimento com classificação de risco. 2016. 304 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1-7, 2018.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, p. 1-16, 2019.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. População Itajaí. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/itajai.html>. Acesso em: 22 dez. 2020.

INOUE, Kelly Cristina *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.

ITAJAÍ, Prefeitura de *et al.* REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Disponível em: [https://saude.itajai.sc.gov.br/c/unidades-pronto-atendimento-24-horas#.X\\_4qgehKjIU](https://saude.itajai.sc.gov.br/c/unidades-pronto-atendimento-24-horas#.X_4qgehKjIU). Acesso em: 12 jan. 2021. IBGE. Censo populacional. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/itajai.html>.



- LUIZ, Flavia Feron; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa da. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, 2017.
- MARCULINO, Leilane Mercedes Gomes *et al.* Saberes e práticas do enfermeiro acerca do sistema manchester de classificação de risco. **Rev Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v. 10, n. 9, p.9462-9468, out. 2015.
- MARTINS, Mônica; PORTELA, Margareth Crisóstomo; NORONHA, Marina Ferreira de. Investigação em serviços de saúde: alguns apontamentos históricos, conceituais e empíricos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-11, 2020.
- MORENO, Elaine Cristina Santos Garcia *et al.* Acolhimento com classificação de risco em um hospital da rede pública: percepção dos usuários. *Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 1, p. 89-97, 2018.
- NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do *et al.* Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015.
- NOVAES, H.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.
- NUNES, Bruna Xavier *et al.* Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: caracterização do atendimento mediante protocolos: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, v. x, n. 3, p. 12-31, 2017.
- O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.
- OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte *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, v. 17, n. 1, p. 148-56, 2013.
- OLIVEIRA, Saionara Nunes *et al.* Unidade de pronto atendimento-UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 238-244, 2015.
- OLIVEIRA, João Lucas Campos *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.
- PADILHA, Alexandre Rocha Santos *et al.* Fragilidade na governança regional durante implementação da rede de urgência e emergência em região metropolitana. **Saúde em Debate**, v. 42, n.118, p. 579-593, 2018
- PERUZZO, Hellen Emília *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018
- PINTO, Rodrigo Serpa; STOCKER, Tainá; DE LIMA, Tania Marisa. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 127-136, 2019.

- RANGEL, Marcia Moreira. Cor e Ergonomia do Ambiente Construído: uma investigação da orientação espacial em um ambiente hospitalar. Tese de doutorado. PUC Rio, Rio de Janeiro, p.1-20, 2011. Acesso em: 19 de jan 2021.
- RATES, Hosana Ferreira *et al.* O (in) visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, n. p. 1-8 2018.
- RODRIGUES, Mayzza Campina *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto atendimento: avaliação sob a ótica do enfermeiro. **Saúde em Revista**, v. 19, n. 51, p. 101-107, 2019.
- RONCALLI, Aline Alves *et al.* Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 1-10, 2017.
- SACOMAN, Thiago Marchi; BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro; ANDREZZA, Rosemarie. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p.354-367, abr. 2019.
- SANTOS, Emilly Tainá Silva dos; FREITAS, Arina Angelica Santos; OLIVEIRA, Daniele Martins de Lima. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: frente a superlotação dos serviços hospitalares de urgência. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 5, n. 1, p. 187, 2018.
- SANTOS, Sidlayne *et al.* A atuação do enfermeiro na classificação de risco de pacientes em unidade de emergência: um enfoque no protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica da Estácio**, Recife, v.6, n.1, p. 1-11, 2020
- SILVA, Pollyane Liliane *et al.* Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 427-433, 2016.
- SIQUEIRA, Arline de Jesus; CARVALHO, Mariana Ferreira Alves de. Enfermeiro: atendimento humanizado em urgência e emergência. TCC, p. 1-48, Roraima, 2019.
- SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.
- SOUZA, Cristiane Chaves *et al.* Nurses' perception about risk classification in na emergency service. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín (Colômbia), v. 32, n. 1, p. 78-86, 2014.
- TABILE, Patrícia Micheli *et al.* A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto PET-saúde. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 1, p.680-690, 2015
- TEIXEIRA, Allessandra Przychynski; MOURA, Eliane Rosa Pereira. O acompanhante no contexto hospitalar. **Revista cuidado em enfermagem - CESUCA**, v. 3, n. 4, p. 1-7, 2017.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya *et al.* Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.

VIEIRA, Denis da Cunha; SALES, Márcia de Assis; DRUMOND, Cristiano. As principais dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no serviço de urgência e emergência, utilizando o protocolo de Manchester 2017.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora responsável, e a aluna Maria Eugenia da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Avaliação do acolhimento com classificação de risco em Unidade de Pronto Atendimento: Estrutura, Processo e Resultado”, que tem como objetivo geral Avaliar a organização do Acolhimento com Classificação de Risco em um ponto da Rede de Atenção às Urgências nas perspectivas de profissionais médicos e enfermeiros fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências e na avaliação em saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vítor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br Acreditamos que este estudo poderá sinalizar o comprometimento do serviço com essa estratégia de atendimento (acolhimento com classificação de risco) à população atendida pelo SUS e colaborar para o planejamento das ações de melhorias. Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de sua identidade. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de um instrumento, que contém questões fechadas (para assinalar), sobre a estrutura (instalações onde ocorrem os atendimentos), processo (atividades realizadas para prestar o atendimento e com as relações que são estabelecidas, nesse processo, entre profissionais e usuários) e resultado (efeitos do atendimento prestado sobre o estado de saúde dos pacientes) do acolhimento com classificação de risco. A pesquisa será realizada no ambiente que desejar, conforme adequação de sua agenda e do pesquisador. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para esta pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem, bem como a sua não estigmatização. Qualquer dúvida que você tiver antes ou durante a pesquisa, estaremos à disposição para respondê-las. Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei. Você receberá este Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com os pesquisadores. Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao acolhimento com classificação de risco, relacionado à estrutura, processo e resultados. Neste sentido, nos colocamos à disposição para trabalhar esses sentimentos, na medida do possível, buscando, em caso de prejuízo psicológico decorrente da investigação, ajuda especializada. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder às perguntas do instrumento de coleta de dados. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos. Você tem a liberdade de recusar a participação no estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização. Os pesquisadores Eliane Regina Pereira do Nascimento e Maria Eugenia da Silva estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo, pelo telefone (48) 991051202 pelos e-mails [eliane.nascimento@ufsc.br](mailto:eliane.nascimento@ufsc.br) e [maeugeniads19@gmail.com](mailto:maeugeniads19@gmail.com) ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 2º andar, sala 203, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro 2 Trindade, em Florianópolis (SC). Os dados coletados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do Participante:

Eliane Regina Pereira do Nascimento - Pesquisadora Responsável Professora do Programa de Pós-Graduação da UFSC

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Maria Eugenia da Silva

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Nome do Participante:

RG:

CPF:

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –  
PROFISSIONAL DE SAÚDE E GESTORES

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: Organização das unidades de pronto atendimento do Estado de Santa Catarina para a atenção às urgências: estudo misto. 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 a organização de Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Santa Catarina. Fui informado(a) de que este estudo não trará nenhum desconforto, risco ou danos 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 nº 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 Regina Pereira do Nascimento (responsável) - Fone de contato (48) 91051202 - e-mail: eliane@ccs.ufsc.br; Dda. Patrícia Madalena Vieira Hermida - e-mail: patymadale@yahoo.com.br; e Bolsista PIBIQ- Sarah S. Barbosa –e-mail: sarah.b@globo.com

## ANEXO 1- 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		1	2	3	4	5



	usuário					
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 Classificação de Risco, não são conhecidas por todos os profissionais da UPA	1	2	3	4	5
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 trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5

	Classificação de Risco no atendimento					
--	---------------------------------------	--	--	--	--	--

Fonte: instrumento adaptado de Belluci Júnior e Matsuda (2012b).

## ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UPA FLORIANÓPOLIS

 <p style="margin: 0;"><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC</b></p>								
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>								
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>								
<p><b>Título da Pesquisa:</b> AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.</p> <p><b>Pesquisador:</b> ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 1</p> <p><b>CAAE:</b> 21800719.1.0000.0121</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> Universidade Federal de Santa Catarina</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p>								
<b>DADOS DO PARECER</b>								
<b>Número do Parecer:</b> 3.515.636								
<p><b>Apresentação do Projeto:</b></p> <p>A pesquisa intitulada, " AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO", será do tipo avaliativa e utilizará como estratégia metodológica o método descritivo, quantitativo. Será realizada na Unidade de Pronto Atendimento Norte do município de Florianópolis. Participarão do estudo médicos e enfermeiros. Os dados serão coletados por meio de um instrumento validado para avaliar a estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco da UPA. Para a organização e a análise estatística dos dados será utilizado o Software Epi Info. O estudo seguirá as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.</p> <p><b>Objetivo da Pesquisa:</b></p> <p><b>Objetivo Primário:</b></p> <p>Avaliar a organização do Acolhimento com Classificação de Risco em um ponto da Rede de Atenção às Urgências nas perspectivas de profissionais médicos e enfermeiros fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências e na avaliação em saúde.</p> <p><b>Objetivo Secundário:</b></p> <p>Analisar os dados sociodemográficos dos participantes (médicos e enfermeiros); Descrever a avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva dos médicos e enfermeiros da Unidade de Pronto Atendimento Norte de Florianópolis, quanto a :a) estrutura; b) processo; c)</p>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="font-size: small;">Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Bairro: Trindade</td> <td style="font-size: small;">CEP: 88.040-400</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">UF: SC</td> <td style="font-size: small;">Município: FLORIANÓPOLIS</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Telefone: (48)3721-6094</td> <td style="font-size: small;">E-mail: cep.propesq@contabo.ufsc.br</td> </tr> </table>	Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401		Bairro: Trindade	CEP: 88.040-400	UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS	Telefone: (48)3721-6094	E-mail: cep.propesq@contabo.ufsc.br
Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401								
Bairro: Trindade	CEP: 88.040-400							
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS							
Telefone: (48)3721-6094	E-mail: cep.propesq@contabo.ufsc.br							

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Formulário 2.0/15/036

Resultado

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao acolhimento com classificação de risco, relacionado a estrutura, processo e resultados. Neste sentido, nos colocamos à disposição para trabalhar esses sentimentos, na medida do possível, buscando, em caso de prejuízo psicológico decorrente da investigação, ajuda especializada. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder as perguntas do instrumento de coleta de dados. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

**Benefícios:**

O estudo poderá sinalizar o comprometimento do serviço com essa estratégia de atendimento (acolhimento com classificação de risco) à população atendida pelo SUS e colaborar para o planejamento das ações de melhorias.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtido os dados conclusivos, possibilitará um aprofundamento na temática proposta.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

**Recomendações:**

Dispensa-se a inclusão de RG E CPF das partes envolvidas na pesquisa e solicitamos a inclusão do número de páginas no TCLE no modelo que segue: (1 de 2) (2 de 2)

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa não apresenta inadequações ou impedimentos a sua realização.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (41)3721-6094 E-mail: cep.proposico@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.615.638

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1420292.pdf	24/09/2019 10:34:18		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	24/09/2019 10:09:06	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	05/09/2019 16:14:13	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/09/2019 16:11:14	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/09/2019 16:05:37	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Brochura.pdf	05/09/2019 16:04:24	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Investigador	CRONOGRAMA.pdf	20/08/2019 18:38:19	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Cronograma	Folha.pdf	29/08/2019 17:53:32	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto				

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 02 de Outubro de 2019

Assinado por:  
Maria Luiza Bazzo  
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria 8, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6294 E-mail: osp.propenq@contabo.ufsc.br

## ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UPA ITAJAÍ

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 do 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.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.048558

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e inerentes a realização da pesquisa. É colocado, entretanto se o participante sentir 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:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.pnpaw@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Protocolo: 1.048.858

FLORIANOPOLIS, 05 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**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)3721-6294 **E-mail:** [cep.propesq@contab.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contab.ufsc.br)

## ANEXO 4 - PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



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

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

O presente trabalho consiste em um importante estudo científico, produzido com qualidade, como última atividade do Curso de Graduação em Enfermagem.

Trata-se de um estudo que apresenta rigor metodológico, e resultados importantes, para subsidiar, aos gestores das UPAS, a elaboração de estratégias, para a melhoria do Acolhimento com Classificação de Risco. O material apresenta consistência interna. Os objetivos estão bem delineados e apresenta rigor metodológico. Os resultados estão apresentados de maneira clara e atendem aos objetivos do estudo. Discussão adequada. As referências são pertinentes, oferecem suporte teórico e a maioria está atualizada.

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



Documento assinado digitalmente  
Eliane Regina Pereira do Nascimento  
Data: 15/02/2021 14:22:57-0300  
CPF: 154.936.879-68

Profª Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento  
Orientadora