

RESPONSIVIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Patrícia Madalena Vieira Hermida¹
Eliane Regina Pereira do Nascimento¹
Maria Elena Echevarría-Guanilo¹ 
Dagmar Willamovius Vituri²
Sabrina Regina Martins³ 
Sarah Soares Barbosa³

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidade Estadual de Londrina, Hospital Universitário. Londrina, Paraná, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivos: avaliar, com os usuários, a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade.

Método: estudo de abordagem quantitativa, correlacional, desenvolvido em uma unidade de pronto atendimento de Santa Catarina (Brasil) com 459 usuários. Aplicado questionário validado, com 25 questões avaliadas por escala Likert e organizadas nos domínios: dignidade, comunicação, agilidade, suporte social e instalações. Os dados foram organizados e processados com o *software* Epi Info e o OpenEpi, sendo aplicada estatística descritiva e teste qui-quadrado.

Resultados: os domínios que se destacaram com boa responsividade foram dignidade (97,8%), comunicação (93,9%) e instalações (91,1%). A agilidade obteve o menor percentual (56,6%). A média geral de boa responsividade do acolhimento com Classificação de Risco foi 82,1%. Houve diferença estatística significativa das características de perfil dos usuários (sexo, idade, estado civil e escolaridade) e do número de vezes que o usuário foi atendido no serviço com a boa responsividade.

Conclusão: o acolhimento com classificação de risco apresentou boa responsividade, entretanto, há necessidade de melhorias, especialmente relacionadas à agilidade do atendimento. A avaliação da responsividade pelos usuários está associada às variáveis sociodemográficas e de atendimento.

DESCRITORES: Pesquisa sobre serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Enfermagem. Enfermagem em emergência. Acolhimento. Triage. Qualidade da assistência à saúde. Satisfação do paciente.

COMO CITAR: Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Vituri DW, Martins SR, Barbosa SS. Responsividade do acolhimento com classificação de risco: avaliação dos usuários em unidade de pronto atendimento. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28:e20170480. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0480>

RESPONSIVENES OF THE EMBRACEMENT WITH RISK CASSIFICATION: USER´S EVALUATION IN EMERGENCY CARE UNIT

ABSTRACT

Objectives: to evaluate, with users, the responsiveness of the embracement with risk classification in an emergency care unit and to analyze the association between socio-demographic and care variables with the evaluation of responsiveness.

Method: quantitative, correlational study approach, developed in an emergency care unit in Santa Catarina (Brazil) with 459 users. A validated questionnaire was applied, with 25 questions, evaluated by Likert scale and organized in the domains: dignity, communication, agility, social support and facilities. The data were organized and processed with the Epi Info software and OpenEpi, using descriptive statistics and chi-square test.

Results: the domains that stood out with good responsiveness were dignity (97.8%), communication (93.9%) and facilities (91.1%). Agility obtained the lowest percentage (56.6%). The overall mean of good responsiveness of the user embracement with Risk Classification was 82.1%. There was a significant statistical difference in the characteristics of users' profile (gender, age, marital status and schooling) and the number of times the user was attended in the service with good responsiveness.

Conclusion: the user embracement with risk classification presented good responsiveness; however, there is a need for improvements, especially related to the agility of care. The evaluation of responsiveness by users is associated with socio-demographic and care variables.

DESCRIPTORS: Health services research. Emergency medical services. Nursing. Emergency nursing. User embracement. Triage. Quality of health care. Patient satisfaction.

CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL ACOGIMIENTO CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO: EVALUACIÓN DE LOS USUÁRIOS EN UNIDAD DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

RESUMEN

Objetivos: evaluar, con los usuarios, la capacidad de respuesta del acogimiento con clasificación de riesgo en una unidad de atención de urgencias y analizar la asociación entre las variables sociodemográficas y de atención, a través de una evaluación de la capacidad de la respuesta.

Método: estudio de abordaje cuantitativo, correlacional, desarrollado en una unidad de atención de urgencias de Santa Catarina (Brasil) con 459 pacientes. Se llevó cabo por medio de un cuestionario validado con 25 preguntas, evaluadas por la escala Likert y organizadas en los siguientes dominios: dignidad, comunicación, agilidad, soporte social e instalaciones. Se organizaron y procesaron los datos con el *Software Epi Info* y OpenEpi, siendo aplicadas la estadística descriptiva y el test chi-cuadrado.

Resultados: los dominios que se destacaron con buena capacidad de respuesta fueron: dignidad (97,8%), comunicación (93,9%) e instalaciones (91,1%). La agilidad obtuvo un porcentaje menor (56,6%). La media general de buena capacidad de respuesta del acogimiento con clasificación de riesgo fue de 82,1%. Hubo diferencias estadísticas significativas en las características de perfil de los pacientes (sexo, edad, estado civil y estudios) y de la cantidad de veces en que el paciente se atendió con una buena capacidad de respuesta.

Conclusión: el acogimiento con clasificación de riesgo presentó una buena capacidad de respuesta; sin embargo, hace falta mejorar, en especial en lo relacionado a la agilidad de la atención. La evaluación de la capacidad de la respuesta por los usuarios se asocia a las variables sociodemográficas y de atención.

DESCRIPTORES: Investigación en servicios de salud. Servicios médicos de urgencia. Enfermería. Enfermería de urgencia. Acogimiento. Triage. Calidad de la atención de salud. Satisfacción del paciente.

INTRODUÇÃO

A avaliação de serviços pelos usuários se tornou popular na Europa e nos Estados Unidos a partir de 1980, em geral por meio de *surveys*.¹ Em relação aos estudos de avaliação dos serviços de saúde, estes ganharam maior enfoque na América Latina nos últimos anos, sendo necessárias novas pesquisas que visem avaliar os serviços para conhecer o processo de trabalho e o funcionamento dos mesmos, compreendendo suas necessidades sob o olhar dos diferentes sujeitos envolvidos,² incluindo os usuários. Nesse sentido, a responsividade dos serviços de saúde é uma das abordagens da avaliação que deve ser investigada.

A responsividade (*responsiveness*), definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aspectos não médicos do cuidado, é um dos objetivos intrínsecos dos sistemas de saúde desde o início do século XXI,³⁻⁴ quando esforços passaram a ser implementados para medi-la e para verificar os fatores que a afetam.⁴ De acordo com a OMS, a responsividade se refere a quão bem as expectativas legítimas da população estão sendo atendidas, entendendo-se estas como os elementos que não estão diretamente ligados ao estado de saúde do indivíduo, mas que afetam a sua relação com os serviços e os profissionais, como o respeito no atendimento e a maior agilidade deste, com o menor tempo de espera possível.¹

Desse modo, o conceito de responsividade compreende dois aspectos principais: o respeito pelas pessoas – dimensão ética que permeia a interação das pessoas com o sistema de saúde; e, a orientação para o cliente – relacionada à satisfação do usuário com componentes não diretamente ligados ao cuidado à saúde. O primeiro aspecto inclui os elementos dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação, enquanto o segundo, constitui-se pela agilidade no atendimento, suporte social, instalações e escolha do prestador de cuidados.⁵

No âmbito internacional, vários estudos são publicados sobre a responsividade dos serviços de saúde em diferentes contextos e cenários.^{3-4,6} Mas, em países de baixa e média renda, muitos desses, em desenvolvimento, pouca atenção tem sido concedida à temática, sendo necessário, que avaliem seus sistemas de saúde em termos de responsividade.⁶

No Brasil são raros os estudos^{1,7-10} sobre a responsividade. E nas publicações nacionais e internacionais não foi identificada pesquisa voltada à avaliação da responsividade dos serviços de saúde de urgência e emergência, desde a proposta lançada pela OMS em 2000, fatos que justificam a realização deste estudo no cenário da atenção às urgências no país, mais especificamente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), por ser este um cenário ainda recente de cuidado da pessoa em condição aguda de saúde, e que constitui a Rede de Atenção às Urgências (RUE).

Considerando-se a responsividade uma forma de medir a qualidade do atendimento, bem como a humanização da assistência à saúde,¹¹ julga-se coerente utilizar a abordagem da responsividade como paradigma de avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) pelos usuários da UPA. Proposto em 2003, pela Política Nacional de Humanização (PNH), o ACCR é uma estratégia de atendimento à população implantada nas portas de entrada do sistema de saúde brasileiro, que objetiva a humanização na assistência à saúde mediante a escuta qualificada.¹²

Assim, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) prevê que os usuários sejam acolhidos pelos serviços de urgência e emergência por meio do ACCR, o que contempla a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, sendo ele um dos requisitos dos pontos de atenção da RUE.¹³ Destaca-se que o ACCR se diferencia da triagem, pois se caracteriza por uma ação inclusiva que não se esgota na etapa da recepção do usuário, mas deve ocorrer em todos os locais e momentos do atendimento no serviço de saúde, deixando de ser um ato isolado para ser, nessa perspectiva mais ampliada, um dispositivo de acionamento de redes internas, externas

e multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários dos serviços de urgência.¹²

Diante do exposto e considerando a necessidade de pesquisas quantitativas de avaliação dos usuários sobre o ACCR,¹⁴ bem como a lacuna de conhecimento sobre a avaliação dos serviços de emergência na perspectiva de usuários,¹⁵ em especial nas UPA, este estudo teve como objetivos avaliar, com os usuários, a responsividade do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de atendimento com a avaliação da responsividade.

Além de ampliar a produção do conhecimento sobre a temática, há a expectativa de que esta investigação possa contribuir para a melhoria do atendimento à saúde da população na UPA, bem como estimular o desenvolvimento de novas pesquisas acerca do tema.

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa, correlacional, desenvolvido em uma UPA de Santa Catarina (Brasil). Adotou-se como critérios para escolha da Unidade o tempo de funcionamento mínimo de dois anos, devido à experiência consolidada de implantação do ACCR, e à qualificação da UPA, mediante Portaria Ministerial.

A amostra dos usuários foi calculada, considerando-se o número de atendimentos realizados na UPA, no período de um ano (01 de fevereiro de 2014 a 31 de janeiro de 2015), que correspondeu a 80.016 atendimentos. Adotou-se o intervalo de confiança (IC) de 95%, precisão da estimativa de $50\pm 5\%$ e perda amostral de 20%. Para calcular o tamanho amostral foi utilizado o SEstatNet® 1999-2013. Assim, a amostra se constituiu por um total de 459 usuários atendidos pelo ACCR.

Para a seleção dos participantes, optou-se por uma amostragem não probabilística, do tipo por conveniência. Foram considerados como critérios de inclusão os usuários com idade ≥ 18 anos, admitidos na UPA e que receberam atendimento: pela equipe da recepção; pelo enfermeiro, na classificação de risco; pelo médico, na consulta; e também pela equipe técnica de enfermagem, na administração de medicamentos. Foram excluídos os usuários que apresentaram dificuldade de comunicação e/ou incoerência nas informações ao responder sobre a caracterização sociodemográfica.

Os dados foram obtidos no período de 30 de junho de 2015 a 10 de agosto de 2016, pela pesquisadora, três discentes de graduação (bolsistas do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica - PIBIC) e uma doutoranda da área de enfermagem, treinadas pela pesquisadora e acompanhadas pela mesma durante as primeiras coletas realizadas. Coletaram-se os dados por meio de um questionário que trata da responsividade do ACCR, elaborado a partir de modelos já existentes¹⁶⁻¹⁷ e validado em três etapas (primeira avaliação pelos juízes e segunda e terceira avaliação semântica com os usuários da UPA).¹⁸

O questionário utilizado se constituiu de duas partes: identificação do usuário; e, dados sobre a avaliação da responsividade do ACCR. As variáveis de identificação do usuário foram: data de nascimento; idade; sexo; raça/cor; estado civil; grau de escolaridade; procedência; e, "Você está sendo atendido pelo Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) pela primeira vez?". A avaliação da responsividade do ACCR foi composta por 25 questões organizadas em cinco domínios: dignidade (cinco questões – 1 a 5); comunicação (cinco questões – 6 a 10); agilidade (quatro questões – 11 a 14); suporte social (duas questões – 15 e 16); e, instalações (nove questões – 17 a 25).

Os domínios foram definidos como: dignidade – garantia do paciente ser bem recebido e tratado com respeito e consideração no serviço de saúde; comunicação – garantia de sinalização adequada sobre os setores tanto por meio de pessoal como de placas informativas; canais para ouvidoria dos usuários e a facilidade para conseguir informações sobre documentação, procedimentos, exames, entre outros; agilidade – garantia de cuidados rápidos em emergências e um tempo curto de espera

por consultas e tratamento;⁵ suporte social – garantia de acesso do usuário à sua rede de suporte social (família e amigos) durante o cuidado prestado pelo serviço de saúde;¹⁹ e, instalações – garantia de um lugar de atendimento limpo e confortável para os pacientes.⁵ Esses domínios são classificados em duas dimensões: respeito pelas pessoas (dignidade e comunicação) e orientação para o cliente (agilidade, suporte social e instalações).¹⁹

Com base na avaliação da responsividade proposta pela OMS,¹⁷ cada questão foi avaliada por meio de uma escala Likert, sendo atribuído para cada questão um dos valores padronizados no formato de uma escala ordinal: nunca (1 ponto); raramente (2 pontos); quase sempre (3 pontos); e, sempre (4 pontos). Os domínios comunicação e instalações admitiram as medidas: muito ruim (1 ponto); ruim (2 pontos); bom/boa (3 pontos); e, muito bom/muito boa (4 pontos). Para os domínios dignidade, suporte social e instalações também se oportunizou a medida: não se aplica (5 pontos), assinalada quando o usuário não conseguia avaliar a questão por falta de observação.

Desse modo, considerando o número de questões dos domínios, a pontuação mínima e máxima possível para cada domínio variou de: 5 a 20 pontos para os domínios dignidade e comunicação; 4 a 16 pontos para o domínio agilidade; 2 a 8 pontos para o suporte social; e, 9 a 36 pontos para o domínio instalações. A pontuação global do questionário poderia variar de 25 a 100 pontos, sendo que quanto maior o valor, maior a responsividade do ACCR.

A coleta de dados com os usuários, por meio de entrevista, ocorreu em todos os dias úteis da semana e turnos (manhã/tarde/noite). Após o atendimento médico, o usuário já com a prescrição do medicamento, era informado sobre o estudo e, em seguida, convidado a participar do mesmo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e respondendo ao questionário de caracterização dos participantes e de avaliação da responsividade. Os dados foram coletados enquanto os usuários recebiam o(s) medicamento(s) ou ao término deste(s), na sala de medicações, de observação ou no corredor próximo aos consultórios, onde aguardavam reavaliação médica. Todos os participantes receberam orientações sobre o estudo e assinaram o TCLE.

A organização e o processamento dos dados ocorreram no software Epi Info versão 3.5.2, utilizando-se estatística descritiva (frequências absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão). O tratamento dos dados se baseou ainda na proposta de análise apresentada no estudo de avaliação da responsividade da OMS,²⁰ adotada também por outros pesquisadores.^{4,11,21-24} Assim, as respostas das questões e respectivos domínios foram dicotomizadas em “fraca responsividade” (*poor responsiveness*) e “boa responsividade” (*good responsiveness*), sendo esta última definida como o percentual de usuários que responderam: quase sempre (3 pontos) e sempre (4 pontos); ou, boa (3 pontos) e muito boa (4 pontos). Adotou-se no estudo que a “fraca responsividade” corresponde ao percentual de usuários que atribuíram às respostas: nunca (1 ponto) e raramente (2 pontos); ou, muito ruim (1 ponto) e ruim (2 pontos). A resposta “não se aplica” (5 pontos) não foi considerada nos cálculos, uma vez que os usuários que optaram pela mesma não expressaram a sua opinião acerca da responsividade.

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

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

RESULTADOS

Foram entrevistados 459 usuários, destes, a maioria eram mulheres (n=272;59,3%), com escolaridade inferior a 12 anos de estudo (n=403;87,8%) e procedentes do município de Biguaçu (n=361;78,6%). Predominaram os usuários casados ou em união estável, ou seja, com companheiro (n=231;50,3%), e com idade inferior a 60 anos (n=362;78,9%), sendo a idade mediana 41 anos (DP=17,5). A maior parte referiu que não se tratava do primeiro atendimento na UPA (n=376;81,9%).

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

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

Tabela 1 - Avaliação dos usuários quanto aos domínios Dignidade, Agilidade e Suporte Social. Florianópolis, SC, Brasil, 2016. (n=459)

Dimensões	Domínios	nunca	raramente	quase sempre	sempre	não se aplica
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Respeito pelas pessoas	Dignidade					
	Tratado com respeito pelo enfermeiro no ACCR*	2 (0,4)	7 (1,5)	23 (5,0)	427 (93,0)	-
	Tratado com respeito pelos outros profissionais	2 (0,4)	12 (2,6)	58 (12,6)	387 (84,3)	-
	Teve oportunidade de falar à vontade sobre seu problema	4 (0,9)	16 (3,5)	29 (6,3)	410 (89,3)	-
	Privacidade no exame físico pelo enfermeiro	-	1 (0,2)	15 (3,3)	441 (96,1)	2 (0,4)
Orientação para o cliente	Privacidade no exame físico pelo médico	-	7 (1,5)	29 (6,3)	420 (91,5)	3 (0,7)
	Agilidade					
	Tempo de espera adequado para o ACCR* com o enfermeiro	68 (14,8)	78 (17,0)	111 (24,2)	202 (44,0)	-
	Informado sobre o tempo de espera	392 (85,4)	13 (2,8)	17 (3,7)	37 (8,1)	-
	Tempo de espera adequado para atendimento médico	100 (21,8)	113 (24,6)	97 (21,1)	149 (32,5)	-
Suporte Social	Tempo de espera adequado para receber o medicamento	13 (2,8)	20 (4,4)	83 (18,1)	343 (74,7)	-
	Teve oportunidade de um acompanhante	24 (5,2)	24 (5,2)	19 (4,1)	127 (27,7)	265 (57,7)
	Teve oportunidade de apoio de amigos/família	8 (1,7)	10 (2,2)	8 (1,7)	28 (6,1)	405 (88,2)

* ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco.

Cabe registrar que, embora os domínios Dignidade e Comunicação constituam a mesma dimensão (*respeito pelas pessoas*), os achados do primeiro são apresentados na Tabela 1, e os do segundo, na Tabela 2, haja vista possuírem padrão de resposta distinto. Na Tabela 1 as possibilidades de resposta são: nunca, raramente, quase sempre, sempre e não se aplica, enquanto na Tabela 2: muito ruim, ruim, boa/bom, muito boa/muito bom e não se aplica. Pelo mesmo motivo os resultados referentes ao domínio Agilidade foram apresentados na Tabela 1 e os que se referem ao Suporte Social e às Instalações, na Tabela 2.

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

A “Privacidade no exame físico pelo enfermeiro”, do domínio Dignidade, obteve o maior percentual de responsividade (99,8%), enquanto que o menor percentual (11,8%) foi identificado quando questionado se o usuário foi “Informado sobre o tempo de espera”, no domínio Agilidade (Tabela 3).

Tabela 2 - Avaliação dos usuários em relação aos domínios Comunicação e Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2016. (n=459)

Dimensões	Domínios	muito ruim	ruim	boa/bom	muito boa/ muito bom	não se aplica
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Respeito pelas pessoas	Comunicação					
	Comunicação do enfermeiro	3 (0,7)	8 (1,7)	231 (50,3)	217 (47,3)	-
	Comunicação dos outros profissionais	4 (0,9)	22 (4,8)	206 (44,9)	227 (49,5)	-
	Informações claras e fáceis de entender	11 (2,4)	21 (4,6)	168 (36,6)	259 (56,4)	-
	Localização e identificação das salas	2 (0,4)	20 (4,4)	161 (35,1)	276 (60,1)	-
	Para conseguir informações	17 (3,7)	31 (6,8)	146 (31,8)	265 (57,7)	-
Orientação para o cliente	Instalações					
	Limpeza da sala de espera	5 (1,1)	40 (8,7)	219 (47,7)	143 (31,2)	52 (11,3)
	Conforto da sala de espera	21 (4,6)	71 (15,5)	259 (56,4)	99 (21,6)	9 (2,0)
	Limpeza dos banheiros	18 (3,9)	35 (7,6)	126 (27,5)	121 (26,4)	159 (34,6)
	Limpeza consultório de enfermagem	1 (0,2)	5 (1,1)	164 (35,7)	186 (40,5)	103 (22,4)
	Conforto consultório de enfermagem	4 (0,9)	12 (2,6)	235 (51,2)	168 (36,6)	40 (8,7)
	Limpeza do consultório médico	3 (0,7)	5 (1,1)	163 (35,5)	221 (48,1)	67 (14,6)
	Conforto do consultório médico	5 (1,1)	12 (2,6)	195 (42,5)	213 (46,4)	34 (7,4)
	Limpeza da sala para coleta de exames	1 (0,2)	11 (2,4)	63 (13,7)	78 (17,0)	306 (66,7)
Conforto da sala para coleta de exames	2 (0,4)	16 (3,5)	64 (13,9)	76 (16,6)	301 (65,6)	

A melhor e a pior *performance* de responsividade do ACCR foram atribuídas à Dignidade (97,8%) e à Agilidade (56,6%), respectivamente. Todos os domínios apresentaram uma média de boa responsividade acima de 50%, ou seja, a maioria dos usuários avaliou que o ACCR na UPA tem uma boa responsividade (média geral = 82,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Responsividade do Acolhimento com Classificação de Risco segundo os domínios Dignidade, Comunicação, Agilidade, Suporte Social e Instalações. Florianópolis, SC, Brasil, 2016. (n=459)

Dimensões	Domínios	Responsividade	
		Fraca	Boa
		n (%)	n (%)
Respeito pelas pessoas	Dignidade	51 (2,2)†	2239 (97,8)†
	Tratado com respeito pelo enfermeiro no ACCR*	9 (2,0)	450 (98,0)
	Tratado com respeito pelos outros profissionais	14 (3,0)	445 (97,0)
	Teve oportunidade de falar à vontade sobre seu problema	20 (4,4)	439 (95,6)
	Privacidade no exame físico pelo enfermeiro	1 (0,2)	456 (99,8)
	Privacidade no exame físico pelo médico	7 (1,5)	449 (98,5)
	Comunicação	139 (6,1)†	2156 (93,9)†
	Comunicação do enfermeiro	11 (2,4)	448 (97,6)
	Comunicação dos outros profissionais	26 (5,7)	433 (94,3)
	Informações claras e fáceis de entender	32 (7,0)	427 (93,0)
	Localização e identificação das salas	22 (4,8)	437 (95,2)
	Para conseguir informações	48 (10,5)	411 (89,5)
Orientação para o cliente	Agilidade	797 (43,4)†	1039 (56,6)†
	Tempo de espera adequado para o ACCR* com o enfermeiro	146 (31,8)	313 (68,2)
	Informado sobre o tempo de espera	405 (88,2)	54 (11,8)
	Tempo de espera adequado para atendimento médico	213 (46,4)	246 (53,6)
	Tempo de espera adequado para receber o medicamento	33 (7,2)	426 (92,8)
	Suporte Social	66 (29,0)†	182 (71,0)†
	Teve oportunidade de um acompanhante	48 (24,7)	146 (75,3)
	Teve oportunidade de apoio de amigos/família	18 (33,3)	36 (66,7)
	Instalações	267 (8,9)†	2793 (91,1)†
	Limpeza da sala de espera	45 (11,1)	362 (88,9)
	Conforto da sala de espera	92 (20,4)	358 (79,6)
	Limpeza dos banheiros	53 (17,7)	247 (82,3)
Limpeza consultório de enfermagem	6 (1,7)	350 (98,3)	
Conforto consultório de enfermagem	16 (3,8)	403 (96,2)	
Limpeza do consultório médico	8 (2,0)	384 (98,0)	
Conforto do consultório médico	17 (4,0)	408 (96,0)	
Limpeza da sala para coleta de exames	12 (7,8)	141 (92,2)	
Conforto da sala para coleta de exames	18 (11,4)	140 (88,6)	
Responsividade Geral (média)	1320 (17,9)†	8409 (82,1)†	

*ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco; †Percentual médio referente ao domínio.

Quando analisados os domínios de responsividade, segundo variáveis sociodemográficas e de atendimento na UPA, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis: sexo e os domínios Dignidade (0,0120), Comunicação (0,00001), Agilidade (0,0115) e Instalações (0,0001); faixa etária e os domínios Comunicação (0,0000001), Agilidade (<0,0000001) e Instalações (<0,0000001); estado civil e os domínios Dignidade (0,0301) e Agilidade (0,018); escolaridade e os domínios Comunicação (0,0111) e Instalações (0,0237); e, número de vezes que o paciente foi atendido na UPA (primeira vez ou não) e os domínios Agilidade no atendimento (0,0001) e Instalações (0,0223). Nenhuma variável apresentou significância estatística com o domínio Suporte Social (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a avaliação dos usuários para os domínios relativos ao respeito pelas pessoas, que inclui ser tratado com dignidade e ter boa comunicação com os profissionais no ACCR, foi mais positiva do que para os domínios relacionados à orientação para o cliente, que se referem à agilidade do atendimento, ao suporte social recebido durante o cuidado e às instalações do serviço. Esses resultados indicam qualificação ética e humanização no atendimento aos usuários, o que condiz com a proposta do ACCR da PNH.¹² O cuidado realizado com competência técnica e relacional pelos profissionais no atendimento às necessidades do usuário pode garantir qualidade e eficácia na assistência prestada.²⁵

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

A esse respeito, os profissionais da UPA que realizam o ACCR precisam informar o usuário em relação ao processo de classificação de risco e ao tempo de espera de acordo com seu quadro clínico, o que contribui para a satisfação do usuário e de sua família,²⁶ fazendo com que se sintam menos ansiosos e mais seguros.¹⁴ Essas informações constituem a diretriz do Ministério da Saúde relacionada ao ACCR, que determina que nos serviços de urgência o tempo provável de espera seja informado ao usuário sem risco imediato e a seus familiares.¹²

Como o tempo de espera não depende apenas da classificação do usuário, mas também do número de profissionais em atuação no serviço, isso torna o atendimento lento, especialmente quando surgem situações de emergência, nas quais há uma maior concentração da equipe²⁶ em detrimento dos demais casos.

A responsividade do ACCR na UPA evidenciou semelhanças e diferenças com outras pesquisas em contextos distintos. Diferentemente de estudos internacionais,^{4,21-23} os domínios foram avaliados com boa responsividade pela maioria dos usuários, contudo, sinalizaram a necessidade de melhorias, tais como adequações no mobiliário para proporcionar conforto aos usuários e acompanhantes.

Nesta pesquisa a dignidade e a comunicação ocuparam as duas primeiras posições no *ranking* das *performances* de responsividade, resultado que pouco se diferencia do identificado em estudos iranianos, nos quais a segunda melhor *performance* foi atribuída a um desses domínios.^{4,22-23} Na Nigéria, o resultado revelou maior divergência, uma vez que a dignidade e a comunicação representaram a terceira e quarta melhores *performances*.²⁷

No Brasil, estudos desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸ e em uma unidade de referência ambulatorial do SUS,¹⁰ revelaram que os domínios dignidade e comunicação também estão entre os três melhores avaliados pelos usuários. Em unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, os achados sobre a dignidade foram negativos, sendo a privacidade o aspecto da responsividade que apontou maior falha nos serviços.¹

Tabela 4 - Características sociodemográficas e de atendimento dos usuários segundo a responsividade dos domínios avaliados. Florianópolis, SC, Brasil, 2016. (n=459)

Variáveis	Dignidade		Comunicação		Agilidade		Suporte social		Instalações						
	F*(n)	B*(n)	F*(n)	B*(n)	F*(n)	B*(n)	F*(n)	B*(n)	F*(n)	B*(n)					
Sexo															
Masculino	13	918	0,0120¶	34	901	0,00001**	301	447	0,0115¶	23	64	NS§	82	1179	0,0001**
Feminino	38	1321		105	1255		496	592		43	118		185	1614	
Faixa etária (anos)															
<60	47	1758	‡	131	1679	0,0000001**	681	767	<0,0000001**	31	54	‡	246	2153	<0,0000001**
≥60	4	481		8	477		116	272		2	37		21	640	
Estado civil															
Com companheiro	19	1134	0,0301¶	65	1090	NS§	379	545	0,018¶	34	99	NS§	137	1408	NS§
Sem companheiro	32	1105		74	1066		418	494		32	83		130	1385	
Escolaridade††															
<12 anos	49	1963	‡	113	1902	0,0111¶	706	906	NS§	56	159	NS§	224	2463	0,0237¶
Nível superior	2	276		26	254		91	133		10	23		43	330	
Primeiro atendimento															
Sim	5	406	NS§	24	398	NS§	115	217	0,0001**	2	31	‡	33	476	0,0223¶
Não	46	1833		115	1758		682	822		64	151		234	2317	

*F=Fraca responsividade; B=Boa responsividade; †x2 (Mid-P exact); ‡x2 prejudicado por número baixo (<5); §NS: não significativo; ||Com companheiro=casado e união estável; Sem companheiro=solteiro, separado, divorciado e viúvo; ¶p<0,05; **p<0,001; ††<12anos=sem instrução, ensino fundamental e médio completo e incompleto; Nível superior = ensino superior incompleto, completo e pós-graduação.

No Irã, atribuiu-se *performance* mais negativa ao domínio instalações,⁴ divergindo dos dados encontrados no presente estudo. Ainda, na Nigéria e África do Sul, a agilidade foi considerada uma das áreas prioritárias de intervenção para melhoria da responsividade dos serviços de saúde, devido ao seu baixo desempenho nos estudos de avaliação.^{6,28}

No âmbito nacional, pesquisa sobre a responsividade na ESF revelou dentre os domínios mal avaliados pelos usuários, a agilidade no atendimento e as instalações.⁸ Em contexto similar, a avaliação em relação às instalações foi negativa, por estas se apresentarem inadequadas e pouco resolutivas aos desejos e expectativas da população.⁹ Nas unidades da Fundação Oswaldo Cruz, o tempo de espera para o atendimento (domínio agilidade) e a limpeza (domínio instalações) também tiveram avaliações negativas. A demora em ser atendido motivou reclamação entre os usuários, que consideram esperar um tempo superior ao tolerável para o atendimento.¹ Em uma unidade ambulatorial de referência das regiões norte e nordeste do país, o atendimento rápido obteve o resultado mais negativo na avaliação dos usuários.¹⁰

Apesar da boa responsividade do domínio agilidade, identificada no presente estudo, a pior *performance* atribuída ao mesmo mostra que ele deve receber especial atenção na busca por melhoria da responsividade na UPA, o que pode exigir adequações no sistema de referência e contrarreferência, pois o tempo de espera pode ser diminuído a depender do fluxo dos usuários que procuram pelo serviço. Outra investigação aponta que a busca por atenção imediata, não caracterizada como demanda urgente, aliada à falta de material, às características de estrutura física das Unidades e de recursos humanos, prejudica a agilidade dos atendimentos na UPA.²⁹ Nesse sentido, o ACCR teria uma importante contribuição ao orientar os usuários em relação aos níveis de atenção do sistema de saúde e, conseqüentemente, direcioná-los ao serviço mais adequado para a sua condição.²⁶

Os achados referentes ao domínio suporte social também merecem reflexão, uma vez que a sua *performance* pode estar relacionada às restrições da UPA que, formalmente, permite acompanhante apenas às pessoas com deficiência, idosas e de menor idade. Outro fator que influencia negativamente em relação ao desempenho desse domínio é a falta de oportunidade do usuário de receber, durante o seu atendimento, o apoio de amigos e/ou familiares, principalmente em relação à alimentação, já que, conforme previsto na PNAU, por se tratar de um serviço em que o usuário deve permanecer por tempo limitado (24 horas), não fornece alimentação. A respeito, estudo que envolveu o atendimento pelo ACCR corrobora que os usuários deveriam ter suas necessidades básicas atendidas e o direito a um acompanhante nas situações de espera prolongada por atendimento.³⁰

Embora os resultados retratem a realidade de uma UPA da região de Santa Catarina, assemelham-se aos de outros estudos desenvolvidos no Brasil⁸ ou em outros países,^{6,22,28} nos quais dignidade e agilidade são domínios avaliados dentre os melhores e os piores, respectivamente.

Na avaliação da responsividade de um sistema de saúde é relevante conhecer as diferenças sistemáticas existentes entre os diferentes subgrupos da população. Considera-se importante saber, por exemplo, se a responsividade é percebida de forma diferente, ou não, entre as mulheres, os mais idosos (60 anos e mais), as pessoas com menor renda e indivíduos com menor nível de educação (até 12 anos) em relação a outros.²⁴

Nesse sentido, os resultados de associação entre perfil sociodemográfico dos usuários e a avaliação da responsividade da UPA estão em consonância com estudos internacionais,^{6,31} mas também há divergências.^{4,28,32} Na Nigéria, foi identificada associação entre o sexo e os domínios dignidade e agilidade, sendo a avaliação positiva mais expressiva entre os homens do que entre as mulheres, resultado também evidenciado no Canadá em relação à agilidade.³¹ O nível de escolaridade revelou associação com as instalações, que foram melhor avaliadas pelos usuários com ensino superior do que por aqueles com menor escolaridade.⁶

Ao contrário dos resultados da presente investigação, na China os idosos avaliaram mais negativamente as instalações dos serviços de saúde quando comparado aos usuários jovens.³² Na África do Sul, entre os usuários ambulatoriais, não se identificou associação entre o sexo e a idade em relação à responsividade,²⁸ assim como nos serviços de saúde mental do Irã.⁴

Destaca-se que estudos de responsividade desenvolvidos no Brasil^{1,7-8} não avaliaram a relação de associação entre as variáveis sociodemográficas e os resultados de responsividade, o que dificulta a comparação dos achados da presente pesquisa no âmbito nacional.

De maneira geral, os usuários da UPA avaliaram o ACCR com boa responsividade. É importante destacar que, ao se tratar de um serviço público, sentimentos de gratidão podem aflorar devido à oferta pública do serviço, assim como as normas de cortesia, que são obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de saúde e ao pesquisador), ou por entender que a crítica pode ser um comentário inconveniente, resultando em um padrão positivo de resposta à avaliação.³³

Ainda, relações interpessoais entre o usuário e os diferentes profissionais que prestam atendimento: do recepcionista ao médico,³⁴ podem interferir nas avaliações dos usuários sobre o serviço. Dessa maneira, considera-se neste estudo a possibilidade de viés de gratidão (*gratitude bias*), previsto em pesquisas^{8-10,35} realizadas em serviços públicos e onde há afinidade estabelecida pelo usuário com os profissionais de saúde.

Outro aspecto importante é o receio de perder o direito ao atendimento, por isso a avaliação junto aos usuários deve considerar a escolha do momento e do local da entrevista, pois podem interferir com o tipo de resposta dada.³⁴ Para evitar esse tipo de viés na presente pesquisa, sempre que possível, os usuários não foram entrevistados na presença dos profissionais de saúde da UPA, sendo necessário muitas vezes interromper a entrevista quando estes adentravam ao local.

Sobre a avaliação da responsividade em serviços de saúde público e privado, na Nigéria, estudo que comparou os resultados entre os dois tipos de serviços mostrou diferenças estatisticamente significantes entre eles na avaliação de cada domínio da responsividade, sendo apenas o domínio comunicação melhor avaliado no serviço público do que no privado.⁶ Na África do Sul, de maneira geral, a responsividade foi superior em serviços privados quando comparada àquela identificada nas unidades de saúde públicas.²⁸

Vieses metodológicos próprios da avaliação de serviços de saúde devem ser considerados, quando o estudo se apoia apenas na subjetividade dos usuários. Contudo, o uso de instrumentos de avaliação da responsividade pode reduzir parte da subjetividade da avaliação da qualidade dos serviços,³⁵ cuidado considerado nesta investigação ao se utilizar um instrumento elaborado para essa finalidade e validado, quanto ao conteúdo, por peritos na metodologia e tema abordado.

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

Acredita-se que esta investigação contribui para dar visibilidade política aos usuários, atores tradicionalmente pouco considerados na discussão das políticas públicas no país. Ademais, a pesquisa amplia a produção do conhecimento sobre a responsividade, um importante aspecto na avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem, bem como, acerca do ACCR.

CONCLUSÃO

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

A boa responsividade do ACCR na UPA teve resultados mais expressivos entre os participantes do sexo masculino, com 60 anos ou mais, que possuem companheiros (casados e em união estável), nível superior de educação e que estão sendo atendidos na unidade pela primeira vez.

Como sugestões para estudos futuros, julga-se relevante o desenvolvimento de pesquisas similares em UPAs de distintos contextos do país, a fim de avaliar a implantação desse componente pré-hospitalar, da Política Nacional de Atenção às Urgências, sob a perspectiva da responsividade. Estudos comparativos sobre a responsividade nos serviços de saúde público e privado do Brasil também poderão contribuir com o avanço do conhecimento nessa temática. Ainda, considera-se pertinente que as investigações realizadas no Brasil busquem identificar a associação entre os subgrupos de usuários e a responsividade atribuída por eles na avaliação dos serviços de saúde, uma vez que os resultados podem colaborar para o planejamento das ações de melhorias.

REFERÊNCIAS

1. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. User satisfaction and responsiveness in the healthcare services at Fundação Oswaldo Cruz. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Jun 14];17(12):3343-52. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200019>
2. Klein DP, Silva DMGV, Canever BP, Gomes DC. Bibliometric analysis about the evaluation of health services. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Jun 14];9(Supl. 3):7609-14. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201514>
3. Gromulska L, Supranowicz P, Wysocki MJ. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Jun 14];65(2):155-64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25272583>
4. Forouzan S, Padyab M, Sebastian MS. Measuring the mental health-care system responsiveness: results of an outpatient survey in Tehran. *Front Public Health* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jun 13];3:285. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2015.00285>
5. Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Methodology for developing a health service responsiveness index (SRI). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso 2017 Jun 28];26(3):523-34. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300010>
6. Mohammed S, Bermejo JL, Dong H. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: users' perspectives. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Jun 14];13:502. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-502>
7. Rodrigues AVD, Vituri DW, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Oliveira WT. Nursing care responsiveness from the client's view. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Jun 14];46(6):1446-52. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600023>
8. Shimizu HE, Dutra EB, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Index of Responsiveness of the Urban Family Health Strategy in Urban Areas. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jun 14];29(3):332-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600046>
9. Mishima S M, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jun 14];24:e2673. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>

10. Melo DS, Martins RD, Jesus RPFS, Samico IC, Santo ACGE. Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Jul 1];51:62. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006854>
11. Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanization in primary health care from the viewpoint of elderly. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Jun 14];23(1):265-76. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100021>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF):Ministério da Saúde;2009.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.600, de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF):Ministério da Saúde;2011.
14. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci Junior JA, Góes HLF, Matsuda LM. User embracement with risk classification:perceptions of the service users of an emergency care unit. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Jun 18];26(1):e0960014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>
15. Moraes AS, Melleiro MM. The quality of nursing care at an emergency unit:the patient's perception. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Jun 14];15(1):112-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>
16. Gonçalves LC. Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência de uma capital do nordeste [dissertação]. Teresina (PI):Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem;2012.
17. Silva A, Valentine N. Measuring responsiveness:results of a key informants survey in 35 countries. Geneva (SWI):World Health Organization;2000. (GPE Discussion Paper Series: 21) [acesso 2017 Jun 14]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper21.pdf>
18. Hermida PMV. Avaliação de uma unidade de pronto atendimento quanto ao acolhimento com classificação de risco [tese]. Florianópolis (SC):Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem;2016.
19. World Health Organization. The world health report 2000:health systems:improving performance. Geneva (SWI):Word Health Organization;2000 [acesso 2017 Jun 18]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
20. World Health Organization. The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study. [place unknown]:Word Health Organization;2005 [acesso 2017 Jun 18]. Disponível em: http://www.who.int/responsiveness/papers/MCSS_Analytical_Guidelines.pdf?ua=1
21. Mosallam RA, Aly MM, Moharram AM. Responsiveness of the health insurance and private systems in Alexandria, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Jun 14];88(1):46-51. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097/01.epx.0000427042.54093.c4>
22. Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H, Nojomi M. Health system responsiveness for care of patients with heart failure:evidence form a university hospital. *Arch Iran Med* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Jun 14];17(11):736-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25365611>
23. Mohammadi A, Koorosh K. Responsiveness in the healthcare settings:a survey of inpatients. *Int J Hosp Res* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Jun 14];3(3):123-32. Disponível em: http://ijhr.iiums.ac.ir/article_7706.html

24. Sajjadi F, Moradi-Lakeh M, Azizi F. Health system responsiveness for outpatient care in people with diabetes Mellitus in Tehran. *Med J Islam Repub Iran* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Jun 14];29(1):1136-49. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4764286/>
25. Silva P, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jul 1];50(3):427-32. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>
26. Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI. Impact of the implementation of patient engagement with risk classification for professional work of one urgent care unit. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Jun 14];17(1):148-56. Disponível em: <https://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130013>
27. Ughasoro MD, Okanya OC, Uzochukwu B, Onwujekwe OE. An exploratory study of patients' perceptions of responsiveness of tertiary health-care services in Southeast Nigeria: a hospital-based cross-sectional study. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Jun 25];20(3):267-73. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/1119-3077.183255>
28. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action* [Internet]. 2012 [acesso 2017 Jun 14];5:18545. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18545>
29. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency care units (UPA) 24h: the nurses' perception. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Jun 14];24(1):238-44. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>
30. Gonçalves AVF, Bierhals CCK, Paskulin LMG. Embracement with risk classification in the emergency department from the perspective of older adults. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Jun 14];36(3):14-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.52422>
31. Tremblay D, Roberge D, Berbiche D. Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Jun 19];15(1):425. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1104-9>
32. Chao J, Lu B, Zhang H, Zhu L, Jin H, Liu P. Healthcare system responsiveness in Jiangsu Province, China. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Jun 19];17(1):31. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-1980-2>
33. Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009 [acesso 2017 Jun 13];68(11):2089-96. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.042>
34. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro (BR): Fiocruz; 2014.
35. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, *et al.* Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (More Doctors) Program. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jun 13];21(9):2749-59. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da tese - Avaliação de uma unidade de pronto atendimento quanto ao acolhimento com classificação de risco, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2016.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME.

Coleta de dados: Hermida PMV, Martins SR, Barbosa SS.

Análise e interpretação dos dados: Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME.

Discussão dos resultados: Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Vituri DW, Martins SR, Barbosa SS.

Revisão e aprovação final da versão final: Hermida PMV, Nascimento ERP.

AGRADECIMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudo de doutorado de uma das pesquisadoras.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) - Processo N. 2014TR3205.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Parecer n. 1.048.858, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.: 43555715.8.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 21 de agosto de 2017

Aprovado: 27 de novembro de 2017

AUTOR CORRESPONDENTE

Patrícia Madalena Vieira Hermida

patymadale@yahoo.com.br