



Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo*

User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study
Acogimiento con clasificación de riesgo en unidad de pronta atención: estudio evaluativo

Patrícia Madalena Vieira Hermida¹, Eliane Regina Pereira do Nascimento¹, Maria Elena Echevarría-Guanilo¹, Odaléa Maria Brüggemann¹, Luciana Bihain Hagemann de Malfussi^{1,2}

Como citar este artigo:

Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>

* Extraído da tese "Avaliação de uma Unidade de Pronto Atendimento quanto ao Acolhimento com Classificação de Risco", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

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

² Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Describing the evaluation of the Structure, Process and Outcome of User Embracement with Risk Classification of an Emergency Care Unit from the perspective of physicians and nurses. **Method:** An evaluative, descriptive, quantitative study developed in Santa Catarina. Data were collected using a validated and adapted instrument consisting of 21 items distributed in the dimensions of Structure (facilities), Process (activities and relationships in providing care) and Outcome (care effects). In the analysis, descriptive statistics and the Mean Ranking and Mean Score calculations were applied. **Results:** The sample consisted of 37 participants. From the 21 evaluated items, 11 (52.4%) had a Mean Ranking between 3 and 4, and none of them reached the maximum ranking (5 points). "Prioritization of severe cases" and "Primary care according to the severity of the case" reached a higher Mean Ranking (4.5), while "Flowchart discussion" had the lowest Ranking (2.1). The dimensions of Structure, Process and Outcome reached mean scores of 23.9, 21.9 and 25.5, respectively, indicating a Precarious evaluation (17.5 to 26.1 points). **Conclusion:** User Embracement with Risk Classification is precarious, especially regarding the Process which obtained a lower satisfaction level from the participants.

DESCRIPTORS

Emergency Nursing; User Embracement; Health Services Evaluation; Emergency Medical Services.

Autor correspondente:

Patrícia Madalena Vieira Hermida
Serv. Romeu Joaquim Antunes,
173 – Campeche
CEP 88065-260 – Florianópolis, SC, Brasil
patymadale@yahoo.com.br

Recebido: 11/01/2017
Aprovado: 05/12/2017

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Humanização, representa uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento dos serviços de urgência e implementar a produção de saúde em rede⁽¹⁾. Assim, na Rede de Atenção às Urgências, instituída em 2011, o ACCR compõe a base do processo e dos fluxos assistenciais, requisito de todos os pontos de atenção⁽²⁾.

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⁽¹⁾. 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⁽³⁾, 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⁽¹⁾.

Para garantir que, dentre os profissionais de enfermagem, essa responsabilidade seja desempenhada privativamente pelo enfermeiro, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou a Resolução n.º 423/2012⁽⁴⁾. Assim, quando o paciente procura o serviço de saúde é acolhido pelo enfermeiro que realiza a escuta qualificada, avalia e aplica o fluxograma norteador e classifica as necessidades de saúde daquele, conforme critérios de risco estabelecidos em protocolos.

Os protocolos, que sustentam a classificação da gravidade da situação de cada paciente, são definidos por parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos que podem sofrer alterações, a critério da instituição de saúde⁽⁵⁾. O protocolo que direciona a atuação do enfermeiro, muitas vezes considerado o principal responsável pelo sucesso da classificação de risco, é essencial para guiar a avaliação desse profissional, contudo, sua implantação efetiva depende de uma rede assistencial estruturada e organizada⁽⁵⁾, capaz de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços de saúde, quando necessária.

Em nível mundial, os protocolos mais utilizados são: *Australian Triage Scale*, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, *Emergency Severity Index* e *Manchester Triage Scale*⁽⁶⁾. No território brasileiro, as instituições de saúde públicas e privadas estão desenvolvendo e implantando seus próprios protocolos, embora também ocorra a aplicação desses, desenvolvidos em diversos países, sendo utilizados na íntegra ou em versões adaptadas, como evidenciam os estudos⁽⁷⁻⁸⁾. Na UPA, cenário desta pesquisa, utiliza-se de um protocolo adaptado da *Manchester Triage Scale*.

No Brasil, os protocolos são implementados no ACCR e, no âmbito internacional, na chamada triagem dos serviços de emergência. Todavia, neste estudo, se adota o termo ACCR para uniformizar a discussão sobre a temática no contexto mundial.

As experiências consolidadas de implementação do ACCR, baseado em protocolo direcionador, precisam ser

avaliadas nas instituições de saúde brasileiras, haja vista as diferentes características dos serviços e contextos locorregionais, a fim de construir um corpo de conhecimento com capacidade de direcionar as melhorias necessárias ao acolhimento. Nesse sentido, destaca-se que os estudos com foco na avaliação do ACCR estão centrados nos serviços de urgência e emergência hospitalar^(3,9-12), evidenciando-se, ainda, escassez de pesquisas avaliativas realizadas no cenário das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), aspectos que justificam a relevância de investigações como esta, ora desenvolvida.

Assim, cabe esclarecer que a concepção de avaliação em saúde incorpora o julgamento produzido acerca de uma intervenção sanitária (tal como a de uma prática voltada para a resolução de problemas de saúde) e que tem como objetivo aferir o mérito, o esforço ou o valor dessa intervenção, ou do respectivo produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação⁽¹³⁾.

Diante do exposto, e considerando-se a relevância da avaliação da estratégia do ACCR para o seu aprimoramento nos serviços de urgência e emergência, questiona-se: Como médicos e enfermeiros avaliam o Acolhimento com Classificação de Risco de uma Unidade de Pronto Atendimento de Santa Catarina? Assim, o estudo teve como objetivo descrever a avaliação de estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco na perspectiva dos médicos e enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento.

MÉTODO

Estudo avaliativo, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do estado de Santa Catarina. A UPA, inaugurada em 2012 e classificada como Porte I, foi escolhida para esta pesquisa devido ao tempo de funcionamento mínimo de 2 anos e ter qualificação comprovada pelo Ministério da Saúde.

Dos 40 sujeitos elegíveis, convidados pessoalmente por uma das pesquisadoras para participar da pesquisa, 37 constituíram a amostra. Três potenciais participantes (profissionais médicos) recusaram a participação. Adotaram-se, como critérios de inclusão, ser enfermeiro ou médico da UPA, independentemente do tipo de vínculo empregatício e atuar na instituição por no mínimo 3 meses. A escolha dos profissionais se deve ao envolvimento direto destes no ACCR nas instituições de saúde, aspecto que encontra respaldo na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)⁽¹⁴⁾ e na Resolução n.º 423/2012⁽⁴⁾. Na UPA em pauta, o envolvimento do enfermeiro e do médico no ACCR ocorre em diferentes momentos e espaços de cuidado, mediante assistência direta ao paciente. O tempo de atuação dos profissionais na UPA foi determinado com base em estudos similares sobre a temática^(3,10-12).

Para a coleta de dados, realizada de julho a novembro 2015, utilizou-se de um questionário validado⁽¹⁵⁾, desenvolvido para avaliar o ACCR dos serviços de emergência hospitalar, adaptado para este estudo com autorização dos autores. Dos 21 itens do instrumento, sete foram modificados: em quatro se excluiu o termo "Acolhimento com Classificação de Risco"; e, em três, o termo "nesse setor". Os participantes foram orientados para avaliar o ACCR como uma ação ou prática de inclusão do paciente que ocorre em todos os locais e momentos do atendimento, desde a sua chegada até a alta do serviço.

O instrumento utilizado está baseado nas concepções donabedianas de avaliação de serviços de saúde, organizado em duas partes. A Parte I contempla os dados sociodemográficos dos participantes. A variável cor ou raça seguiu a classificação estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽¹⁶⁾. A Parte II envolve as dimensões da tríade Donabediana de avaliação: Estrutura, Processo e Resultado. A primeira se refere aos atributos das instalações, como recursos humanos e estrutura organizacional. A dimensão Processo é relativa às atividades e às relações no atendimento. Quanto ao Resultado, indica os efeitos do atendimento⁽¹⁷⁾. Essa tríade é composta por 21 itens mensurados por meio de uma escala Likert, com pontuação numérica de 1 a 5, que indica o nível de concordância ou de discordância das afirmativas. O número 5 representa concordância máxima (Concordo totalmente) e o 1, concordância mínima (Discordo totalmente). O número 3 da escala é considerado como “indiferente” ou “sem opinião”⁽¹⁵⁾.

Na análise, empregou-se o cálculo do *Ranking* médio do item (RMi) (Figura 1), sendo para cada item multiplicada a frequência das respostas (fr) pelo respectivo valor da escala (ve) Likert e somados os resultados obtidos. O valor resultante foi dividido pelo número total de respostas do mesmo item (NTi)⁽³⁾. Para realizar o cálculo, inicialmente se inverteu (positivou) os valores dos nove itens do instrumento descritos negativamente (itens 3, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 19 e 20).

Para analisar as dimensões, utilizou-se do cálculo da Pontuação Média (PM), a partir do somatório do RM dos itens⁽³⁾. A PM corresponde à representatividade da dimensão (Figura 2). Os cálculos utilizados nesta pesquisa foram adotados com base em estudos similares^(3,9-10). Foi calculada ainda a média de cada dimensão, dividindo-se a sua PM pelo respectivo número de itens.

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

Figura 1 – Fórmulas para os cálculos do estudo – Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Na interpretação dos resultados do RM, considerou-se que valores mais próximos a 5 pontos representam maior nível de satisfação dos profissionais, e aqueles mais próximos a 1, menor nível de satisfação⁽³⁾. Para a representatividade das dimensões, adotou-se a seguinte classificação: *Ótima*, de 31,5 a 35 pontos; *Satisfatória*, de 26,2 a 31,4 pontos; *Precária*, de 17,5 a 26,1 pontos; e *Insuficiente*, de 7 a 17,4 pontos⁽¹⁵⁾. Com o RM de cada item é possível avaliar o nível de satisfação dos profissionais com o respectivo item, e, com a PM de cada dimensão, evidenciar a sua representatividade.

Os dados foram organizados e processados no *Software Epi Info*TM, versão 3.5.2, por meio de estatística descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Parecer n.º 1.048.858/2015, seguiu as recomendações da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 37 participantes do estudo, a maioria foi representada por médicos (n=26; 70,3%). Houve predomínio do sexo feminino (n=21; 56,8%), da cor ou raça branca (n=35; 94,6%) e de solteiros (n=21; 56,8%), com idade entre 30 e 39 anos (n=19; 51,4%). Em relação ao tempo de atuação na UPA, se destacaram aqueles participantes com menos de 1 ano (n=16; 43,3%). A maioria concluiu o curso de graduação de 2 a 8 anos (n=19; 51,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos participantes – Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Variável	n	%
Categoria profissional		
Médico	26	70,3
Enfermeiro	11	29,7
Sexo		
Feminino	21	56,8
Masculino	16	43,2
Faixa etária (anos)*		
< 30	9	24,3
30-39	19	51,4
40-49	6	16,2
50-59	2	5,4
≥60	1	2,7
Cor ou Raça		
Branca	35	94,6
Amarela	1	2,7
Preta	1	2,7
Estado civil		
Solteiro	21	56,8
Casado	11	29,7
Divorciado	3	8,1
União estável	2	5,4
Tempo de atuação na UPA (em anos)		
< 1	16	43,3
1	7	18,9
≥ 2	14	37,8
Tempo de conclusão da graduação (em anos)		
< 2	7	18,9
2-8	19	51,4
≥ 8	11	29,7

*Média = 35,4 e Desvio-padrão = 8,8. Nota: (n=37)

A avaliação do ACCR é apresentada de acordo com o RM e a respectiva representatividade da dimensão. Na avaliação de cada item, aqueles avaliados com maior RM foram: Priorização dos casos graves (RM=4,5), Atendimento primário por gravidade do caso (RM=4,5), Avaliação dos casos não graves (RM=4,2) e Ambiente acolhedora (RM=4,2) (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco – Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

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

*RM = *Ranking* Médio do item; **PM = Pontuação Média da dimensão; ***Média da dimensão.

Os itens com menor RM foram, na sequência: Discussão sobre fluxograma (RM=2,1), Treinamento periódico (RM=2,5), Contrarreferência (RM=2,6), Reavaliação dos casos em espera (RM=2,7), Conhecimento das condutas do ACCR (RM=2,9) e Relação entre liderança/liderados (RM=2,9). Destaca-se ainda que, dos 21 itens avaliados, 11 (52,4%) tiveram RM entre 3 e 4 pontos, e nenhum deles apresentou RM máximo (5 pontos).

Entre as dimensões donabedianas, aquela que recebeu menor PM foi a dimensão Processo (PM=21,9), mas todas foram avaliadas como Precárias, considerando-se o critério de representatividade. Ainda, atingiu a maior média (3,6) a dimensão Resultado (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Todas as dimensões foram consideradas precárias, com médias indicando que os participantes não estão plenamente satisfeitos com o ACCR. Ainda assim, a dimensão Resultado, que se refere ao produto final da assistência prestada, foi a mais bem avaliada ao obter média 3,6, mais próxima da desejável (pontuação máxima de 5 pontos), apontando maior satisfação dos participantes. Comparativamente, a dimensão Processo, que diz respeito às atividades realizadas e às relações estabelecidas no atendimento, atingiu menor satisfação (média=3,1), enquanto a Estrutura, que avalia os recursos materiais, humanos, financeiros e aspectos organizacionais, alcançou um nível de satisfação intermediário (média=3,4).

O ACCR requer avaliações contínuas de estruturas, processos e resultados nos serviços de saúde do país⁽¹⁸⁾.

Desse modo, no presente estudo, a avaliação das dimensões donabedianas sinaliza a necessidade de melhorias na implementação deste dispositivo, como evidenciado em outras pesquisas na emergência hospitalar^(3,9,11-12), nas quais as dimensões Estrutura e Processo receberam pontuação média mais baixa.

A esse respeito, ressalta-se a relevância e a priorização da estrutura física dos serviços de emergência, pois a ambiência influencia a prestação de cuidados, de modo a construir ações de saúde efetivas e humanizadas⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, os enfermeiros devem adotar medidas para maximizar a segurança, a satisfação e a qualidade dos cuidados dos pacientes e de seus familiares, como promover ambientes privativos, arejados, iluminados e silenciosos⁽²⁰⁾. Para melhorar o conforto e o acolhimento do acompanhante/familiar, também podem ser ofertadas opções de relaxamento e entretenimento durante a espera pelo diagnóstico e/ou reavaliação⁽³⁾, como acesso à internet (*wi-fi*) e televisão.

No que se refere à avaliação dos itens das dimensões, foi possível observar que, do total de 21 itens, apenas quatro apresentaram RM com valores mais próximos a 5 pontos, representando maior nível de satisfação dos profissionais: ambiência acolhedora, avaliação dos casos não graves, atendimento primário por gravidade do caso e priorização dos casos graves. Esses dados merecem destaque em decorrência do que representariam no estado de saúde e de recuperação do paciente, uma vez que o atendimento primário por gravidade e a priorização dos pacientes graves podem impactar positivamente a morbimortalidade.

Nesse sentido, pesquisa realizada em Minas Gerais identificou uma relação direta entre a gravidade da classificação dos pacientes e o tempo de internação no hospital e concluiu que o sistema de classificação de risco utilizado foi um bom preditor para o risco de óbito e permanência hospitalar⁽²¹⁾. Em São Paulo, pacientes com alta prioridade de atendimento apresentaram taxa de internação e óbito cinco e 10,6 vezes maior, respectivamente⁽²²⁾. Esses achados reforçam a relevância da priorização do atendimento por gravidade, assim como a sua realização em ambiente acolhedora, ambas avaliadas positivamente neste estudo.

Quanto à avaliação dos pacientes não graves, na Suécia se constatou a necessidade de os enfermeiros da emergência pré-hospitalar serem capazes de avaliá-los e classificá-los para o nível de cuidado mais adequado, pois inúmeros deles que procuram pelo serviço de emergência recebem um nível de cuidado considerado não ideal⁽²³⁾. Embora os profissionais da presente pesquisa tenham concordado que avaliam os casos não graves, questiona-se a qualidade desta avaliação, uma vez que ocorreu baixa concordância entre eles em relação ao treinamento periódico, ao conhecimento das condutas do ACCR e à discussão sobre fluxograma.

A experiência profissional é considerada por enfermeiros de uma UPA como um importante pré-requisito para atuar como classificador, além de outras habilidades, ainda que não exigida para o desempenho dessa função⁽⁵⁾. Desse modo, entende-se a classificação de risco como uma atividade complexa, dependente das habilidades e competências dos enfermeiros, bem como de relacionamento interpessoal e da comunicação⁽¹⁸⁾. Na Austrália, a inexperiência dos enfermeiros e a educação limitada para a classificação de risco foram identificadas dentre os problemas e potenciais vulnerabilidades do processo de classificação⁽²⁴⁾. Todavia, no que tange ao ACCR, a sua implementação demanda qualificação não só dos enfermeiros, mas de todos os trabalhadores do serviço de urgência e emergência⁽²⁵⁾.

No presente estudo, a ambiente acolhedora e a privacidade na consulta contribuem para a avaliação do enfermeiro no ACCR. O ambiente da classificação de risco, quando privativo e adequado, estimula e permite a livre expressão e contribui para que o enfermeiro colete informações precisas. Assim, sugere-se que o projeto arquitetônico dessa área considere a confidencialidade das informações⁽²⁶⁾.

Na avaliação dos 21 itens sobre o ACCR, seis se destacaram por obter RM com pontuações mais baixas (inferior a 3), indicando menor concordância e nível de satisfação dos profissionais. Quatro desses itens compõem a dimensão Processo, apenas um, a dimensão Estrutura, e outro, a dimensão Resultado. A maioria desses itens se relaciona à gerência do cuidado: treinamento periódico, conhecimento das condutas do acolhimento, relação entre lideranças/liderados e discussão sobre fluxograma. Isso sinaliza fragilidades que exigem investigação, a fim de conhecer suas causas e canalizar medidas de melhoria. Estudo desenvolvido nas UPA em Santa Catarina revelou que as condições facilitadoras à gerência do enfermeiro são voltadas para o trabalho da equipe, enfatizando as relações interpessoais⁽²⁷⁾.

Dentre os itens avaliados, a discussão sobre o fluxograma, que obteve avaliação mais negativa, merece destaque, pois a

prioridade clínica estabelecida no ACCR requer do enfermeiro domínio pleno dessa ferramenta. Quando o enfermeiro não possui conhecimento suficiente desse recurso, pode subestimar ou superestimar o risco na avaliação, com repercussões que variam de complicações a morte, além de insatisfação dos pacientes e seus familiares à espera pelo atendimento.

A reavaliação dos pacientes em espera e a contrarreferência, que incluem os itens avaliados com baixa pontuação de RM, encontram resultados semelhantes em uma pesquisa desenvolvida em serviços de emergência hospitalar do Paraná. Quanto à reavaliação dos pacientes, sugeriu-se orientação aos enfermeiros que realizam o ACCR para sensibilizá-los sobre a importância de acompanhar a evolução dos que aguardam atendimento médico⁽³⁾. Outra investigação realizada em emergências hospitalares corrobora que a reavaliação dos pacientes não ocorre como deveria, contudo, uma vez realizada a classificação de risco, o paciente deve ser reavaliado periodicamente pelo enfermeiro antes do atendimento médico⁽¹⁰⁾.

Quanto à contrarreferência, aponta-se a relevância de aprofundar as discussões acerca dos motivos de insatisfação dos profissionais com a mesma, que pressupõem fragilidades na atenção básica e falta de integração na rede assistencial⁽³⁾. A articulação da UPA com os demais níveis de atenção não segue exatamente o que é preconizado pela PNAU⁽²⁸⁾, a exemplo da articulação precária entre a UPA e a atenção básica⁽²⁹⁾.

Para que a proposta do ACCR se torne conhecida por todos os profissionais envolvidos, com consequente encaminhamento adequado dos pacientes, destaca-se a necessidade de discussões entre gestores da rede e do serviço de urgência e emergência, com estabelecimento de pactos de contrarreferência com o serviço⁽²⁵⁾. A elaboração de protocolos pactuados pelos gestores pode garantir a execução efetiva da contrarreferência⁽³⁰⁾. Quando esta não existe ou ocorre inadequadamente, a continuidade da assistência e o atendimento na UPA podem ficar comprometidos, gerando superlotação no serviço, aumento do tempo de espera e insatisfação entre os pacientes e os profissionais. Pesquisa reforça que o número elevado de pacientes com quadros clínicos considerados não urgentes aumenta a espera para consulta médica na UPA e contribui para a superlotação, causando inquietação nos pacientes⁽²⁹⁾. Isso aponta, mais uma vez, para a necessidade de preparo e de comunicação dos profissionais, além da permanente discussão do fluxograma e da constante reavaliação das pessoas em espera por atendimento^(3,7).

Este estudo corrobora achados de outras avaliações do ACCR realizadas no cenário das emergências hospitalares^(3,10-11) e apresenta os aspectos deste dispositivo que foram avaliados mais positivamente e aqueles que precisam de melhorias para uma assistência de qualidade, baseada nas diretrizes do ACCR.

A quantidade de participantes e o fato de pertencerem a apenas uma Unidade de Pronto Atendimento podem se apresentar como limitações do estudo em relação à generalização dos resultados. Ademais, a inclusão de profissionais atuantes na UPA há no mínimo 3 meses, pode ter limitado a avaliação do ACCR, considerando-se os itens com pontuação que tenderam à neutralidade. Contudo, teve-se o cuidado de incluir a opinião de diferentes categorias profissionais envolvidas no ACCR.

CONCLUSÃO

Nenhum item relacionado ao Acolhimento com Classificação de Risco foi considerado plenamente satisfatório pelos médicos e enfermeiros da UPA. As dimensões foram avaliadas como precárias, sendo pior a dimensão Processo, seguida de Estrutura e Resultado.

No cenário deste estudo, a melhor avaliação foi do atendimento primário por gravidade do caso e da priorização dos casos graves, que constituem a dimensão Resultado. Esses itens estão especialmente relacionados à atuação do enfermeiro na avaliação e classificação de risco. Entretanto, considerando-se a importância desses aspectos para a qualidade dos serviços prestados à população, estratégias podem ser

implementadas para alcançar a satisfação plena dos profissionais. O mesmo se aplica aos itens “treinamento periódico” e “discussão sobre o fluxograma”, das dimensões Estrutura e Processo, respectivamente, os quais apontaram para um menor nível de satisfação dos participantes.

Os resultados do estudo contribuem para a equipe, bem como para a gestão local e municipal, possibilitando melhorias no ACCR com base nas suas diretrizes, propostas pelo Ministério da Saúde. O desenvolvimento de futuros estudos, utilizando delineamentos de abordagem qualitativa, poderão contribuir para aprofundar o conhecimento dos fatores relacionados às inadequações no ACCR nas UPA.

RESUMO

Objetivo: Descrever a avaliação da estrutura, processo e resultado do Acolhimento com Classificação de Risco, na perspectiva dos médicos e enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento. **Método:** Estudo avaliativo, descritivo, quantitativo, desenvolvido em Santa Catarina. Dados coletados com instrumento validado e adaptado, constituído por 21 itens distribuídos nas dimensões Estrutura (instalações), Processo (atividades e relações no atendimento) e Resultado (efeitos do atendimento). Na análise, aplicaram-se a estatística descritiva, o cálculo do *Ranking Médio* e o da Pontuação Média. **Resultados:** A amostra foi de 37 participantes. Dos 21 itens avaliados, 11 (52,4%) tiveram *Ranking Médio* entre 3 e 4, e nenhum atingiu o máximo (5 pontos). A “Priorização dos casos graves” e o “Atendimento primário por gravidade do caso” obtiveram maior *Ranking Médio* (4,5), enquanto a “Discussão sobre fluxograma” revelou menor *Ranking* (2,1). As dimensões Estrutura, Processo e Resultado atingiram, respectivamente, as pontuações médias 23,9, 21,9 e 25,5, indicando avaliação Precária (17,5 a 26,1 pontos). **Conclusão:** Há precarização do Acolhimento com Classificação de Risco, em especial no que se refere ao processo, que obteve menor nível de satisfação dos participantes.

DESCRITORES

Enfermagem em Emergência; Acolhimento; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

RESUMEN

Objetivo: Describir la evaluación de estructura, proceso y resultado del Acogimiento con Clasificación de Riesgo, en la perspectiva de los médicos y enfermeros de una Unidad de Pronta Atención. **Método:** Estudio evaluativo, descriptivo, cuantitativo, desarrollado en Santa Catarina. Datos recolectados con instrumento validado y adaptado, constituido de 21 puntos distribuidos en las dimensiones Estructura (instalaciones), Proceso (actividades y relaciones en la atención) y Resultado (efectos de la atención). En el análisis, se aplicaron la estadística descriptiva, el cálculo del Ranqueo Medio y el de la Puntuación Media. **Resultados:** La muestra fue de 37 participantes. De los 21 puntos evaluados, 11 (52,4%) tuvieron Ranqueo Medio entre 3 y 4, y ninguno alcanzó el máximo (5 puntos). La “Priorización de los casos graves” y la “Atención primaria por gravedad del caso” obtuvieron mayor Ranqueo Medio (4,5), mientras que la “Discusión sobre flujograma” reveló menor Ranqueo (2,1). Las dimensiones Estructura, Proceso y Resultado alcanzaron, respectivamente, las puntuaciones medias 23,9, 21,9 y 25,5, indicando evaluación Precaria (17,5 a 26,1 puntos). **Conclusión:** Hay precarización del Acogimiento con Clasificación de Riesgo, en especial en lo que se refiere al proceso, que obtuvo menor nivel de satisfacción de los participantes.

DESCRIPTORES

Enfermería de Urgencia; Acogimiento; Evaluación de Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: MS; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2017 out. 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
3. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Evaluation of quality of risk classification in emergency services. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 30]; 28(5):420-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/en_1982-0194-ape-28-05-0420.pdf
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 423/2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco [Internet]. Brasília: COFEN; 2012 [citado 2016 ago 30]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html
5. Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. Invest Educ Enferm [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 10];32(1):78-86. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a09.pdf>
6. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 30];20(6):1041-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/05.pdf>
7. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 15];21(2):500-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf>

8. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 20]; 22(2):218-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf>
9. Versa GLGS, Vituri DW, Buriola AA, Oliveira CA, Matsuda LM. Assessment of user embracement with risk rating in emergency hospital services. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 29];35(3):21-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v35n3/1983-1447-rge-35-03-00021.pdf>
10. Bellucci Júnior JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya PS, Vidor RC, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [citado 2016 nov. 15];23(1):82-7. Disponível em: <http://www.v23n1/v23n1a14.pdf>
11. Costa MAR, Silva VGLG, Bellucci Júnior JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Admittance of risk-classified cases: assessment of hospital emergency services. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 15]; 19(3):491-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0491.pdf
12. Inoue KC, Murasaki ACY, Bellucci Júnior JA, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 set. 15];19(1):13-20. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/982>
13. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: MS; 2006.
15. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2016 set. 20];65(5):751-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2011 [citado 2016 set 10]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
17. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
18. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 8];50(3):427-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf>
19. Buriola AA, Pinho LB, Kantorski LP, Matsuda LM. Assessment of the physical and human resource structure of a psychiatric emergency service. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 17];26(4):e3240016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e3240016.pdf
20. Trochelman K, Albert N, Spence J, Murray Terri, Slifcak E. Patients and their families weigh in on evidence-based hospital design. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 17]; 32(1):e1-e10. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/32/1/e1.long>
21. Gonçalves PC, Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 10];33(3):424-31. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105241607005.pdf>
22. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triage at the emergency department: association between triage levels and patient outcome. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 10];49(5):779-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/0080-6234-reeusp-49-05-0783.pdf>
23. Norberg G, Sundström BW, Christensson L, Nyström M, Herlitz J. Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: retrospective patient record study. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 20]; 33(4):311-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750742/pdf/ipri-33-311.pdf>
24. Hitchcock M, Gillespie B, Crilly J, Chaboyer W. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *J Adv Nurs*. 2014;70(7):1532-41. DOI: 10.1111/jan.12304
25. Weykamp JM, Pickersgill CS, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. *Rev RENE* [Internet]. 2015 [citado 2016 out 20];16(3):327-36. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1962/pdf>
26. Chang W, Liu HE, Goopy S, Chen LC, Chen HJ, Han CY. Using the five-level Taiwan triage and acuity scale computerized system: factors in decision making by Emergency Department Triage Nurses. *Clin Nurs Res*. 2017;26(5):651-66. DOI: 10.1177/1054773816636360
27. Oliveira RJT, Hermida PMV, Copelli FHS, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. Care management in nursing within emergency care units. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 25]; 33(3):405-14. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a03.pdf>
28. 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 [cited 2016 Oct 15]; 24(1):238-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00238.pdf>
29. Duro CLM, Lima MADs, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. *Rev RENE* [Internet]. 2014 [citado 2016 ago 18]; 15(3):447-54. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1551/pdf_1
30. 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 [cited 2017 Apr 1]; 26(1):e0960014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf>

Apoio Financeiro

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) – Processo N. 2014TR3205.
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Bolsa de Doutorado.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.