

# ANÁLISE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO

EMBRACEMENT ANALYSIS OF THE RISK CLASSIFICATION IN THE EMERGENCY UNITS

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN PUESTOS DE EMERGENCIAS

-  Mariana Tomé Gouveia <sup>1</sup>
-  Suélida Rafaela de Melo <sup>1</sup>
-  Maria Wanessa da Silva Costa <sup>1</sup>
-  José Madson Medeiros Souza <sup>1</sup>
-  Laisa Ribeiro de Sá <sup>1</sup>
-  Cláudia Jeane Lopes Pimenta <sup>2</sup>
-  Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa <sup>2</sup>
-  Tatiana Ferreira da Costa <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, Curso de Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB - Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB - Brasil.

<sup>3</sup> UNIPÊ, Curso de Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB - Brasil; UFPB, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB - Brasil.

**Autor Correspondente:** Cláudia Jeane Lopes Pimenta  
**E-mail:** claudinhajeane8@hotmail.com

## Contribuições dos autores:

**Coleta de Dados:** Mariana T. Gouveia, Suélida R. M. Silva, Maria W. S. Costa, Maria W. S. Costa; **Redação - Preparação do Original:** Mariana T. G., Suélida R. M. Silva, Maria W. S. Costa, Cláudia J. L. Pimenta, Tatiana F. Costa; **Redação - Revisão e Edição:** José M. M. Souza, Laisa R. Sá, Cláudia J. L. Pimenta, Kátia N. F. M. Costa, Tatiana F. Costa.

**Fomento:** Não houve financiamento.

**Submetido em:** 03/04/2018

**Aprovado em:** 06/07/2019

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar os serviços de acolhimento com classificação de risco realizados em unidades de pronto-atendimento. **Método:** trata-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado com 63 enfermeiros que atuam nas unidades de pronto-atendimento de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais realizadas no ambiente de trabalho dos enfermeiros, mediante a utilização de um questionário semiestruturado e do instrumento de avaliação do acolhimento com classificação de risco, sendo analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** mediante a avaliação das dimensões do instrumento de acolhimento com classificação de risco observou-se que a maioria dos enfermeiros classificou a "estrutura" como precária (47,6%), o "processo" como satisfatório (47,6%) e o "resultado" como igualmente satisfatório e precário (42,9%). A análise individual de cada serviço evidenciou que apenas uma unidade de pronto-atendimento classificou a "estrutura" como precária e as demais questões foram tidas como satisfatórias nas outras dimensões *donabedianas*: processo e resultado. **Conclusão:** o acolhimento com classificação de risco tem cumprido um dos seus principais objetivos, que é atender o usuário conforme a gravidade do caso e não por ordem de chegada.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Emergências; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Emergência.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the embracement services in the risk classification performed in emergency units. **Method:** this is a cross-sectional and quantitative study, carried out with 63 nurses who work in the emergency units of João Pessoa, Paraíba, Brazil. Data were collected through individual interviews conducted in the nurses' work environment, using a semi-structured questionnaire and the embracement of the risk classification analysis instrument, analyzed using descriptive statistics. **Results:** by assessing the dimensions of embracement of the risk classification instrument, it was observed that most nurses classified the "structure" as precarious (47.6%), the "process" as satisfactory (47.6%) and the "result" as equally satisfactory and precarious (42.9%). The individual analysis of each service showed that only one emergency unit classified the "structure" as precarious, and the other questions were considered satisfactory in the other Donabedian dimensions: process and result. **Conclusion:** embracement in the risk classification has fulfilled one of its main objectives, assisting the patient according to the severity of the case and not of his arrival order.

**Keywords:** User Embracement; Emergencies; Nursing Care; Emergency Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar los servicios de atención con clasificación de riesgo en puestos de emergencias. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo transversal llevado a cabo con 63 enfermeros de puestos de emergencias de João Pessoa, estado de Paraíba, Brasil. Los datos se recogieron mediante entrevistas individuales realizadas en el entorno

## Como citar este artigo:

Gouveia MT, Melo SF, Costa MWS, Souza JMM, Sá LR, Pimenta CJL, Costa KNFM, Costa TF. Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto-atendimento. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em \_\_\_\_ \_\_\_\_];23:e-1210. Disponível em: \_\_\_\_\_. DOI: 10.5935/1415-2762.20190058

laboral de los enfermeros, utilizando un cuestionario semiestructurado y el instrumento de evaluación de la atención de pacientes según la clasificación de riesgo. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas. **Resultados:** al evaluar las dimensiones del instrumento de atención según la clasificación de riesgo, se observó que la mayoría de los enfermeros clasificó la estructura como precaria (47,6%), el proceso como satisfactorio (47,6%) y el resultado como igualmente precario y satisfactorio (42,9%). El análisis individual de cada puesto mostró que sólo uno de ellos clasificó la estructura como precaria y que las respuestas sobre las otras dimensiones fueron consideradas satisfactorias: proceso y resultado. **Conclusión:** la atención de pacientes según la clasificación de riesgo cumple uno de sus principales objetivos: atender al usuario según la gravedad del caso y no por orden de llegada.

**Palabras clave:** Acogimiento; Urgencias Médicas; Atención de Enfermería; Enfermería de Urgencia.

## INTRODUÇÃO

As unidades de pronto-atendimento (UPA) são serviços de atendimento pré-hospitalar fixo que funcionam de modo ininterrupto nas 24 horas do dia e todos os dias da semana, apresentando uma equipe multiprofissional para o atendimento das urgências e emergências.<sup>1</sup> A UPA é um estabelecimento de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada de atenção à saúde, articulando-se com a atenção básica, o serviço de atendimento móvel de urgência, a atenção domiciliar e a atenção hospitalar, a fim de proporcionar o acolhimento adequado aos pacientes e seus familiares.<sup>1</sup>

O acolhimento do paciente nos serviços de emergência deve ocorrer mediante a utilização de protocolos que estratifiquem e classifiquem o risco apresentado, buscando a priorização do atendimento de acordo com a gravidade apresentada pelo caso.<sup>2</sup> Nesse sentido, embasando-se na Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde propôs a implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR),<sup>3</sup> sendo o enfermeiro responsável pela avaliação do paciente.

A classificação do quadro e do risco apresentado é um processo dinâmico que requer a identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, por meio da utilização de um protocolo previamente estabelecido no serviço de saúde, o qual proporciona assistência centrada no nível de complexidade requerido para cada caso.<sup>4</sup>

O ACCR permite a garantia da humanização na assistência, a acessibilidade e a realização de um atendimento mais digno e menos excludente ao usuário e seus familiares.<sup>5</sup> Sua realização deve ocorrer com base em critérios predefinidos, mediante o uso de um sistema de cores para a classificação das prioridades de atendimento, que ocorre de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e/ou sofrimento do usuário, sendo:

vermelho emergência; amarelo urgência; verde pouca urgência; azul não urgência.<sup>3,4</sup>

A aplicação do ACCR no contexto da enfermagem pode significar a possibilidade de contribuir para a organização do processo de trabalho, com mais autonomia profissional e intervenção oportuna de acordo com a situação de risco e o dimensionamento adequado de recursos materiais e humanos.<sup>6,7</sup>

Diante da elevada demanda de atendimentos de urgência e emergência realizados nas UPAs, faz-se necessária a utilização do ACCR como ferramenta para agilizar a assistência aos pacientes graves que requerem atenção imediata, promovendo a qualidade do serviço prestado e a rapidez na resolução dos problemas.<sup>4</sup> Embora se observe gradual aumento no número de serviços de saúde emergenciais que implantaram o ACCR no país, ainda são escassos os estudos que avaliem a dinâmica relativa a esse processo de atendimento ao paciente,<sup>5</sup> sobretudo em UPAs.

Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar os serviços de acolhimento com classificação de risco realizados em UPAs.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo transversal e quantitativo, realizado com os enfermeiros que atuam nas UPAs de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Esses serviços de saúde funcionam todos os dias da semana, durante 24 horas, por meio de demanda espontânea e regulação médica, sendo eficazes no atendimento das urgências e emergências. O referido município apresenta três UPAs localizadas em pontos estratégicos, proporcionando cobertura total dos habitantes da cidade e de municípios circunvizinhos, as quais foram inauguradas, respectivamente, UPA I em 2011, UPA II em 2014 e UPA III no ano de 2016, utilizando o sistema de triagem de Manchester como protocolo para classificar o risco apresentado por cada indivíduo.

A população do estudo foi composta de todos os enfermeiros atuantes nas UPAs, correspondendo a 84 profissionais. O tamanho da amostra foi definido utilizando-se o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo-se como base uma margem de erro de 5% (erro=0,05) com grau de confiabilidade de 95% ( $\alpha=0,05$ , que fornece  $Z_{0,05/2}=1,96$ ) e considerando a proporção de participantes de 50% ( $p=0,5$ ), totalizando 63 enfermeiros, sendo 24 (38%) da UPA I, 19 (30,2%) da UPA II e 20 (31,8%) da UPA III.

Os participantes foram selecionados aleatoriamente, sendo adotados como critérios de inclusão: possuir vínculo empregatício ativo com uma das três UPAs e estar exercendo atividade profissional de enfermeiro nesse serviço há pelo menos três meses. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam em período de férias, afastamento ou licença maternidade durante o período de coleta de dados.

Os dados foram coletados entre os meses de setembro e outubro de 2017, por meio de entrevistas individuais realizadas no ambiente de trabalho dos enfermeiros, mediante a utilização de um questionário semiestruturado e do instrumento de avaliação do acolhimento com classificação de risco (AACR). Esse instrumento é formado por 21 itens dispostos em escala do tipo Likert de cinco níveis, avaliando as dimensões *donabedianas* que correspondem a: estrutura (itens de 1 a 7), processo (itens de 8 a 14) e resultado (itens de 15 a 21). A pontuação varia de um a cinco e adotam os seguintes valores: discordo totalmente (valor 1), discordo (valor 2), não concordo nem discordo (valor 3), concordo (valor 4) e concordo totalmente (valor 5).<sup>8</sup>

Das 21 questões, 12 têm sentido positivo e nove, negativo. Assim, na fase de tratamento dos dados, inicialmente os valores dos itens que correspondem à forma negativa foram invertidos (itens 03; 04; 05; 07; 09; 16; 18; 19 e 20), para contabilizar as pontuações gerais.<sup>8</sup>

Os dados foram compilados e analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 22.0, sendo analisados por meio de estatística descritiva. Para a avaliação das dimensões, verificaram-se os índices de representatividade com base nos seguintes parâmetros: ótimo = 31,5 a 35 pontos; satisfatório = 26,2 a 31,4 pontos; precário = 17,5 a 26,1 pontos; e insuficiente = 7 a 17,4 pontos. A avaliação geral do AACR utilizou a seguinte classificação: ótimo = 94,5 a 105 pontos; satisfatório = 78,7 a 94,4 pontos; precário = 52,5 a 78,6 pontos e; insuficiente = 21 a 52,4 pontos.<sup>8</sup>

O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa sob o CAAE nº 71793517.0000.5176 e Parecer nº 2.255.680. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a justificativa da pesquisa, sua finalidade, riscos e benefícios, procedimentos a serem realizados, garantia de sigilo e confidencialidade das informações prestadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 63 enfermeiros com média de idade de 33,97 anos. Foi observada maior prevalência de mulheres (85,7%), com título de especialista (87,3%), que concluíram a graduação há seis anos ou mais (47,6%), com período de experiência na área de urgência e emergência entre zero e dois anos e seis anos ou mais (36,5% para ambos) e que atuavam no serviço há no máximo dois anos (44,4%) (Tabela 1).

Em relação às dimensões do instrumento AACR, a maioria dos enfermeiros classificou a “estrutura” como precária (47,6%), o “processo” como satisfatório (47,6%) e o “resultado” como igualmente satisfatório e precário (42,9%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, João Pessoa, PB, Brasil (2017)

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	54	85,7
Masculino	9	14,3
<b>Nível de escolaridade</b>		
Graduação	8	12,7
Especialização	55	87,3
<b>Tempo de graduado</b>		
0 a 2 anos	9	14,3
3 a 5 anos	24	38,1
6 anos ou mais	30	47,6
<b>Período de experiência no trabalho em urgência e emergência</b>		
0 a 2 anos	23	36,5
3 a 5 anos	17	27,0
6 anos ou mais	23	36,5
<b>Tempo de serviço</b>		
0 a 2 anos	28	44,4
3 a 5 anos	9	14,3
6 anos ou mais	26	41,3
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2 - Dimensões da Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, João Pessoa, PB, Brasil (2017)

Dimensões	Classificação					
	Ótimo		Satisfatório		Precário	
	n	%	n	%	n	%
Estrutura	9	14,3	24	38,1	30	47,6
Processo	8	12,7	30	47,6	25	39,7
Resultado	9	14,3	27	42,9	27	42,9

Em relação à AACR individual de cada serviço, a “avaliação geral” foi classificada como satisfatória para as três UPAs. Quanto às dimensões, apenas a “estrutura” da UPA I foi representada como precária, sendo satisfatória para as UPAs I e II. As dimensões “processo” e “resultado” foram classificadas como satisfatória para as três UPAs (Tabela 3).

No tocante à distribuição de respostas aos itens de avaliação do AACR de cada dimensão de acordo com a UPA, para a “estrutura” a média ponderada geral foi maior entre os itens ambiente acolhedor (4,21) e conforto usuário/acompanhante (4,11), sendo a UPA II o serviço que apresentou as médias mais elevadas na maioria dos itens.

Em relação à dimensão “processo”, a média ponderada geral foi maior entre os itens avaliação dos casos não graves (4,38), segurança e conforto do usuário (4,37), atendimento emergencial (4,22) e informação sobre o tempo de espera (4,06), sendo a UPA

Tabela 3 - Soma das médias ponderadas, representatividade da avaliação de cada dimensão e Avaliação Geral do ACCR por UPA. João Pessoa, PB, Brasil (2017)

Acolhimento com Classificação de Risco	UPA I		UPA II		UPA III	
	MP*	Avaliação	MP*	Avaliação	MP*	Avaliação
Estrutura	25,47	Precário	27,87	Satisfatório	27,70	Satisfatório
Processo	27,42	Satisfatório	26,62	Satisfatório	28,05	Satisfatório
Resultado	27,05	Satisfatório	27,95	Satisfatório	27,35	Satisfatório
<b>Avaliação Geral</b>	<b>79,74</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>82,45</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>83,10</b>	<b>Satisfatório</b>

\*MP: Média Ponderada.

III o serviço que apresentou as médias mais elevadas na maioria dos itens. Sobre a dimensão “resultado”, as médias mais altas foram representadas pelos itens classificação de risco (4,52) e integração entre a equipe de saúde (4,05), sendo a UPA II o serviço que apresentou as médias mais elevadas na maioria dos itens (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos itens da Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco de acordo com cada UPA. João Pessoa, PB, Brasil (2017)

Dimensões/Itens	GERAL	UPA I	UPA II	UPA III
	MP*	MP*	MP*	MP*
<b>Estrutura</b>				
1 Conforto usuário/acompanhante	4,11	3,89	4,08	4,11
2 Ambiente acolhedor	4,21	4,15	4,20	4,00
3 Reuniões e treinamentos periódicos	3,42	3,52	3,08	3,65
4 Privacidade nas consultas	3,91	3,57	3,95	4,15
5 Acolhimento do acompanhante	3,63	3,00	4,20	3,55
6 Sinalização do ambiente	3,92	3,73	4,16	3,80
7 Comunicação entre a equipe	3,92	3,57	4,16	3,95
<b>Processo</b>				
8 Avaliação dos casos não graves	4,38	4,21	4,25	4,70
9 Conhecimento das condutas do ACCR	3,25	3,10	3,29	3,35
10 Relação entre liderança e liderados	3,68	4,00	3,54	3,55
11 Segurança e conforto do usuário	4,37	4,10	4,52	4,45
12 Discussão do fluxograma	3,35	3,52	2,91	3,70
13 Atendimento emergencial	4,22	4,26	4,12	4,30
14 Informação sobre o tempo de espera	4,06	4,21	4,00	4,00

Continua...

...continuação

Tabela 4 - Distribuição dos itens da Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco de acordo com cada UPA. João Pessoa, PB, Brasil (2017)

Dimensões/Itens	GERAL	UPA I	UPA II	UPA III
	MP*	MP*	MP*	MP*
<b>Resultado</b>				
15 Profissionais capacitados	3,94	3,94	3,83	4,05
16 Humanização no atendimento	3,83	3,63	4,0	3,80
17 Integração entre a equipe de saúde	4,05	4,05	4,16	3,90
18 Reavaliação dos casos em espera	3,48	3,68	3,41	3,35
19 Classificação de Risco	4,52	4,42	4,66	4,45
20 Encaminhamento/Contrarreferência	3,73	3,36	4,00	3,75
21 Satisfação com os resultados do ACCR	3,95	3,94	3,87	4,05

## DISCUSSÃO

Os enfermeiros avaliaram a qualidade do serviço a partir das dimensões *donabedianas*, que seguem os conceitos da estrutura, processo e resultado. A seguir, será abordada cada uma delas.

### DIMENSÃO ESTRUTURA

A estrutura refere-se aos recursos humanos, físicos e financeiros utilizados para o provimento dos cuidados de saúde, bem como financiamento e arranjos organizacionais.<sup>9</sup> A maioria dos enfermeiros considerou a dimensão “estrutura” precária. Quando, porém, realizadas as médias ponderadas de cada serviço separadamente, observou-se que a avaliação foi “satisfatória” em duas UPAs e “precária” em apenas uma UPA.

Os itens que tiveram melhor pontuação foi o de “ambiente acolhedor” e o “conforto usuário/acompanhante”. Essa avaliação

torna-se relevante em decorrência da crescente preocupação com a qualidade no atendimento à saúde da população, sobretudo nos serviços de urgência e emergência, como as UPAs, o que tem proporcionado mudanças institucionais na estrutura física e organizacional, por meio da implementação de ações e estratégias que propostas pelas políticas públicas.<sup>10</sup>

Promover um ambiente confortável também é uma das preocupações da ambiência, que está dentro da PNH, por meio de boas instalações sanitárias, bebedouros, privacidade e individualidade no atendimento ao usuário, além de uma agradável estrutura do ambiente, com profissionais capacitados para atender, de maneira efetiva, as queixas dos pacientes e de seus familiares.<sup>3</sup>

O item que obteve a menor pontuação foi a “reunião e treinamentos periódicos para os trabalhadores”. Os profissionais que atuam no campo da urgência e emergência devem passar por atualizações e capacitações constantes, visando à identificação de situações de riscos iminentes, avaliando corretamente os pacientes graves e gerando encaminhamentos com rapidez e efetividade.<sup>11</sup> Além disso, faz-se necessária a realização de ações de educação continuada e permanente para a formação dos profissionais que compõem as equipes das UPAs, promovendo, assim, a realização de práticas seguras e com melhor qualidade na prestação do cuidado ao paciente.<sup>12</sup>

O item que avalia “acolhimento do acompanhante” obteve a menor média, o que corrobora dois estudos que também avaliaram o ACCR em serviços hospitalares de emergência, sendo evidenciadas baixas médias nesse item, o que pode estar relacionado à falta de investimentos institucionais para melhorias no espaço físico que promovam melhor acolhimento ao acompanhante.<sup>13,14</sup> Assim, sugere-se que, para melhorar esse cenário, sejam promovidas melhorias no espaço físico, aderindo poltronas mais confortáveis, áreas de entretenimento e o fortalecimento do laço de confiança entre o profissional e o acompanhante.

## DIMENSÃO PROCESSO

Essa dimensão foi considerada “satisfatória” pela maioria dos participantes, tanto quando avaliada de forma geral, quanto individualmente em cada serviço. Tal dimensão está relacionada às atividades desenvolvidas para a saúde e que envolvam profissionais e usuários.<sup>9</sup>

Entre os itens dessa dimensão, a “avaliação dos casos não graves” foi o mais bem avaliado, o que remete ao comprometimento dos enfermeiros em realizar uma prática humanizada, inclusive, e que permite o atendimento de todos os usuários que procuram os serviços de saúde, conforme as suas necessidades e o risco apresentado.<sup>13</sup> Os profissionais devem promover uma escuta qualificada das queixas do

usuário, assegurando que todos sejam atendidos a partir da avaliação do risco, gravidade e vulnerabilidade, embasando-se nos pressupostos estabelecidos pela PNH.<sup>3</sup>

Os itens 11, 13 e 14, que versam sobre a segurança e conforto do usuário; o atendimento por ordem de gravidade e não de acordo com a ordem de chegada; e a informação ao usuário sobre o provável tempo de espera, respectivamente, também foram analisados de forma positiva. Diante disso, é importante levar em conta a confiança que é atribuída ao serviço e, quando esta ocorre de forma positiva, pode facilitar a adesão do usuário ao tratamento e recuperação da saúde.<sup>15</sup> A partir da classificação de risco e da demanda no serviço, o profissional do acolhimento tem a noção de quanto tempo o paciente terá que aguardar por atendimento, informando oportunamente e agindo de maneira eficaz.

Nos itens “discussão do fluxograma” e “relação entre liderança e liderados” houve neutralidade em relação à pontuação. Estudo com a mesma finalidade deste obteve o mesmo resultado e revelou que esses dados podem ressaltar fragilidades no ACCR, visto que, quando não há um bom diálogo e relação entre lideranças e liderados, a comunicação pode ficar comprometida entre os profissionais, gerando prejuízos para a qualidade da assistência. Este estudo propõe que as lideranças desenvolvam espaços para diálogo entre a equipe e acolha respostas para melhorias, favorecendo a implantação de mudanças.<sup>10</sup>

O item de menor pontuação foi o de “conhecimento das condutas do ACCR”. Vale salientar que esse item diz respeito ao conhecimento do ACCR pelos profissionais que atuam no serviço. A baixa pontuação pode estar relacionada às poucas “reuniões e treinamentos periódicos” que ocorrem no serviço. Assim, é necessário que essas unidades busquem melhorias e invistam na capacitação da equipe.<sup>12</sup>

O profissional mais indicado para o ACCR é o enfermeiro e, para tanto, precisa conhecer os protocolos que circundam essa temática. Nesse sentido, percebe-se a importância da implementação de capacitações periódicas para os profissionais que realizam a classificação de risco, haja vista que quanto maior a qualificação e maior o número de horas praticadas nessa atividade, mais resultados confiáveis se obterão.<sup>16</sup>

## DIMENSÃO RESULTADO

A presente dimensão também foi considerada “satisfatória”, tanto quando avaliada de forma geral, quanto individualmente em cada serviço. Segundo as dimensões *donabedianas*, os resultados correspondem às mudanças obtidas no estado de saúde dos usuários, com base nas medidas que foram adotadas, sendo o elemento final da assistência prestada.<sup>9</sup>

O item “classificação de risco” foi o mais bem avaliado, em que os pacientes são atendidos conforme a gravidade e não por ordem de chegada. Assim, percebe-se que os atendimentos estão ocorrendo conforme o preconizado e, apesar de haver necessidades de mudanças nesses serviços, os profissionais se preocupam em acolher o usuário, não restringindo seu acesso apenas à recepção ou de forma excludente.

Conforme preconizado pela PNH, a classificação de risco é uma ferramenta que tem como um dos principais objetivos a garantia do atendimento imediato ao usuário que manifesta risco elevado, o que torna imprescindível a realização do ACCR para organizar o fluxo de atendimento de forma que a assistência seja prestada segundo critérios de prioridade, independentemente, assim, da ordem de chegada ao serviço de saúde.<sup>3,13</sup>

A “humanização no atendimento” foi um dos itens da dimensão “resultado” que obtiveram pontuação mais baixa. A humanização tem como um dos objetivos ofertar atendimento de qualidade por meio de um ambiente acolhedor para promoção de cuidados e favoráveis condições de trabalho dos profissionais.<sup>10</sup> Além disso, tem como prioridade a redução das filas e do tempo de espera para o atendimento, a garantia de informações fidedignas ao usuário sobre o seu cuidado e sobre os profissionais que atuam no serviço, a gestão participativa e implementação periódica de ações de educação permanente.<sup>3</sup>

O item 20, que relata sobre o encaminhamento dos casos de baixa complexidade para a rede básica de saúde, recebeu uma das pontuações mais baixas, verificando a necessidade de melhorias no sistema de referência e contrarreferência dos usuários. O escore baixo evidenciado nesse item poderia ser justificado pelos serviços de urgência apresentarem boa resolutividade, atendendo todos os usuários que buscam o serviço, e muitas vezes não necessita encaminhá-los para os serviços de baixa complexidade.

A PNH traz em uma de suas diretrizes que os pronto-atendimentos devem responsabilizar-se pela referência e contrarreferência, facilitando a resolução dos casos de urgência e emergência e promovendo o acesso do usuário a transferências seguras para outros serviços de atendimento à saúde.<sup>3</sup> Em contrapartida, estudo sobre a gestão das UPAs no estado do Paraná relata que o referenciamento dos pacientes aos serviços de atenção básica e unidades de saúde da família é satisfatório, sendo os pacientes encaminhados a esses locais, quando necessário, com a ajuda de um sistema eletrônico, o E-Saúde, que funciona como um instrumento de referência e contrarreferência.<sup>17</sup>

Muitos usuários desconhecem a verdadeira finalidade das UPAs e recorrem a esse serviço, gerando superlotação, redução da qualidade do atendimento e aumento dos custos em saúde, utilizando-o como porta de entrada para o sistema.<sup>13</sup>

Assim, os casos que poderiam ser atendidos na atenção básica comprometem a atuação dos serviços emergenciais.

O item com pior avaliação foi a “reavaliação dos casos de espera”, o que remete à necessidade de capacitação dos enfermeiros e reorientação das práticas assistenciais relacionadas ao ACCR, buscando sensibilizá-los para a observação dos usuários que esperam por atendimento médico nas UPAs, haja vista que a condição clínica do paciente pode agravar-se com o tempo, tornando-se imprescindível a avaliação periódica de cada indivíduo.<sup>10,18</sup>

## CONCLUSÃO

Verificou-se, nesta pesquisa, que apenas uma UPA classificou a “estrutura” como precária e as demais questões foram tidas como satisfatórias nas outras dimensões *donabedianas*: processo e resultado. Constatou-se que o Acolhimento com classificação de risco tem cumprido um dos seus principais objetivos, que é atender o usuário conforme a gravidade do caso e não por ordem de chegada.

Todavia, é notório que existem espaços para muitas melhorias nas dimensões estruturais, de processo e resultados. O enfermeiro, como líder e responsável por realizar a classificação de risco, deve estar atento aos protocolos de classificação, buscando, por meio de estudos, melhorias tanto para o serviço como para o seu atendimento frente ao usuário. Embora seja evidente a alta demanda por atendimento, a qual, em muitos casos, pode prejudicar a realização de uma escuta qualificada, o enfermeiro deve sensibilizar-se perante cada caso, escutando as queixas do usuário e apresentando um olhar clínico e crítico para realizar adequadamente o acolhimento e a estratificação do risco.

Como limitação deste estudo, considera-se a participação apenas de enfermeiros, atenuando a amplitude das conclusões evidenciadas. Assim, sugere-se a ampliação do número de participantes, bem como a inclusão de outros profissionais que também fazem parte direta ou indiretamente dessa atividade. O ACCR é um importante instrumento para a construção das redes de atenção e deve receber um olhar diferenciado, buscando proporcionar melhor qualidade de atendimento ao usuário.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[citado em 2018 jul. 15]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)

2. Amthauer C, Cunha MLC. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016[citado em 2018 jul. 15];24:e2779. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02779.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização – PNH. 2015[citado em 2018 jul. 15]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_1ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf)
4. Marculino LMG, Noronha MRG, Monteiro MGS, Abreu RNDC, Silva FC, Carvalho ZMF. Nursing knowledge and practices about the Manchester Risk Rating System. *J Nurs UFPE on line*. 2015[citado em 2018 jul. 15];9(10):9462-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10888/12140>
5. Bellucci Júnior JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya OS, Vidor RC, Matsuda LM. Hospital emergency service patient reception with triage: evaluation of the care process. *Rev Enferm UERJ*. 2015[citado em 2018 jul. 15];23(2):82-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4976/12347>
6. Feijó VBER, Cordon Junior L, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde Debate*. 2015[citado em 2018 jul. 15];39(106):627-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>
7. Soares A, Nascimento TLRG, Pereira TLB, Soares AS, Rodrigues ACM, Dantas NR, et al. Evaluation of a risk rating instrument in the reception a hospital unit a South Central Ceará. *Int Arch Med*. 2016[citado em 2018 jul. 15];9(3):1-7. Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1436/1113>
8. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm*. 2012[citado em 2018 jul. 15];65(5):751-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>
9. Brook RH, Lohr KN. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. *Health Serv Res*. 1981[citado em 2018 jul. 15];16(2):236-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072233/>
10. Inoue KC, Murassaki ACY, Bellucci Júnior JA, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. User embracement with risk rating: evaluation of the structure, process, and result. *REME - Rev Min Enferm*. 2015[citado em 2018 jan. 12];19(1):21-8. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/982>
11. Bampi R, Lorenzini E, Krauzer IM, Ferraz L, Silva EF, Dall'Agnol CM. Perspectives of the nursing team on patient safety in an emergency unit. *J Nurs UFPE on line*. 2017[citado em 2018 jan. 12];11(2):584-90. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11977/14529>
12. Roncalli AA, Oliveira DN, Melo IC, Viegas SMF, Brito RF. Everyday experiences of the nurse in risk classification in an emergency unit. *J Nurs UFPE on line*. 2017[citado em 2018 ago. 12];11(4):1743-51. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15246/18029>
13. Versa GLGS, Vituri DW, Buriola AA, Oliveira CA, Matsua LM. Assessment of user embracement with risk rating in emergency hospital services. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014[citado em 2018 jan. 12];35(3):21-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v35n3/1983-1447-rgefn-35-03-00021.pdf>
14. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci JÁ, Inoue KC, Sales CA, Matsuda. Admittance of Risk-Classified Cases: assessment of hospital emergency services. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015[citado em 2018 jan. 12];19(3):491-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en\\_1414-8145-ean-19-03-0491.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0491.pdf)
15. Silva PL, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency servisse: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016[citado em 2017 fev. 22];50(3):427-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n3/0080-6234-reusp-50-03-0427.pdf>
16. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araújo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014[citado em 2018 fev. 08];22(2):218-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf>
17. Uchimura LYT, Viana ALA, Silva HP, Ibañez. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Debate*. 2015[citado em 2018 em fev. 20];39(107):972-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>
18. Shen Y, Lee LH. Improving the wait time to consultation at the emergency department. *BMJ Opne Qual*. 2018[citado em 2018 fev. 18];7(1):e000131. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759711/>