

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

EXCEPTION WITH RISK CLASSIFICATION IN HOSPITAL EMERGENCY SERVICE: EVALUATION OF THE NURSING TEAM

ACOGIDA CLASIFICADORA DE RIESGO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL: EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

José Aparecido Bellucci Júnior¹
Laura Misue Matsuda²

RESUMO

Estudo transversal de natureza quantitativa cujo objetivo foi avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco, implantado no serviço de emergência de um hospital de ensino público. Os dados foram coletados no mês de março de 2011, por meio da aplicação do instrumento de avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, com 45 trabalhadores da enfermagem. O referido instrumento consiste em uma escala do tipo Likert, composta por 21 questões e itens pautados nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado. Obteve-se que a dimensão Estrutura foi classificada como *Boa*, apesar de os itens Sinalização do ambiente, Conforto ao usuário e acompanhante, Privacidade nas consultas e Treinamento do Acolhimento com Classificação de Risco à equipe serem classificados como *Regulares*. A dimensão Processo, também foi classificada como *Boa*, no entanto os itens Atendimentos não emergenciais, Atendimentos emergenciais, Segurança transmitida ao usuário e Comunicação com os usuários nas salas de espera foram classificados como *Ótimos*. A dimensão Resultado foi avaliada como *Boa*, porém um de seus componentes, Encaminhamento de contrarreferência, foi considerado *Precário*. Concluiu-se que no serviço de emergência investigado, o Acolhimento com Classificação de Risco ainda não atende a todos os objetivos da humanização propostos pelo Ministério da Saúde, haja vista que há necessidade de melhorias relacionadas aos itens Sinalização do ambiente, Atuação dos trabalhadores conforme a proposta do Acolhimento com Classificação de Risco, Conforto aos usuários e Funcionamento dos mecanismos de contrarreferência.

Palavras-chave: Enfermagem; Avaliação em Saúde; Acolhimento; Serviço Hospitalar de Emergência; Triagem.

ABSTRACT

Quantitative cross-sectional study aimed to evaluate the Reception with Risk Classification, deployed in the emergency department of a Public Teaching Hospital. Data were collected in March 2011, through the application of the assessment instrument with the Reception with Risk Classification of 45 nursing workers. This instrument consists of a Likert scale consisting of 21 questions / items guided dimensions: Structure, Process and Outcome. It was found that the size structure was classified as good, although the items signaling environment, the user comfort and companion, the appointments and Privacy in queries Reception with Risk Classification with the team to be classified as Regular. The Process Dimension, also rated as Good, but non-emergency items Attendances; Attendances emergency; Security transmitted to the user and communication with users in the waiting rooms were classified as Good. The Results Dimension was evaluated as good, but one of the items, routing cross-reference, was considered Precarious. It was concluded that the emergency department investigated, with the Reception with Risk Classification not yet meet all the objectives of humanization, proposed by the Ministry of Health, given that there is need for improvements related to the items of the signaling environment; Performance of workers as proposal of Reception with Risk Classification, Comfort and users, the operation of counter mechanisms.

Keywords: Nursing; Health Evaluation; User Embrace; Emergency Hospital Service; Triage.

RESUMEN

Cuantitativo de corte transversal tuvo como objetivo evaluar la Acogida Clasificadora de Riesgo, implementado en el departamento de urgencias de un hospital público de enseñanza. Los datos se recogieron en marzo de 2011, mediante la aplicación del instrumento de evaluación con la Acogida Clasificadora de Riesgo de bienvenida de 45 trabajadores de enfermería. Este instrumento consiste en una escala tipo Likert que consta de 21 preguntas y temas orientados dimensiones: estructura, proceso y resultado. Se encontró que la estructura de tallas fue clasificado como bueno, aunque los elementos de señalización de medio ambiente, la comodidad del usuario y de compañía, los nombramientos y la formación de Privacidad Acogida Clasificadora de Riesgo con el equipo para ser clasificado como regular. La dimensión de los procesos, también el índice más elevado, pero no son de emergencia Asistencias artículos; Asistencias de emergencia, seguridad que transmite al usuario y comunicación con los usuarios en las salas de espera fueron clasificados como buena. Resultados El tamaño fue evaluado como bueno, pero uno de los elementos, la expedición de referencias cruzadas, se considera precario. Se concluyó que el servicio de urgencias investigados, con la Acogida Clasificadora de Riesgo principal que aún no cumplen con todos los objetivos de la humanización, propuesto por el Ministerio de Salud, dado que no hay necesidad de introducir mejoras relacionadas con los temas del medio ambiente de señalización, el rendimiento de los trabajadores como Acogiendo con beneplácito la propuesta con Acogida Clasificadora de Riesgo Confort, y los usuarios, el funcionamiento de los mecanismos de venta libre.

Palabras clave: Enfermería; Evaluación en Salud; Acogimiento; Servicio de Urgencia en Hospital. Triage.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR.

Endereço para correspondência – Rua Arthur Pelayo, 180. Bandeirantes SP. E-mail: bellucci@uenp.edu.br. Telefone: (14) 91352394.

INTRODUÇÃO

No Brasil, há grande demanda de usuários por atendimento em Serviço Hospitalar de Emergência (SHE), os quais, em sua maioria, apresentam casos de baixa complexidade que poderiam ser tratados nas Redes Básicas de Saúde.¹

A elevada demanda nos SHEs, além de resultar em abordagem de acordo com a ordem de chegada,¹ também provoca situações que comprometem a qualidade do atendimento como: trabalhadores estressados, insuficiência de recursos, taxa de ocupação acima de 100%, desmotivação para o trabalho, dentre outras.²

Atualmente, em virtude da crescente exigência da população mundial quanto à qualidade da assistência à saúde, diversos países do mundo têm promovido discussões e mudanças sobre a atenção em SHE.³ Nesse sentido, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) propôs, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSus) a qual apresenta o Acolhimento ao usuário como um dos "pontos-chave" à humanização do atendimento e das relações de trabalho.⁴

"Acolhimento" é definido como "ação de receber hospedagem, abrigo, agasalho".⁵ No âmbito da saúde, o conceito Acolhimento é definido como uma ação que coloca o usuário como participante ativo no processo de construção das relações de produção do cuidado.⁴

Em relação à qualidade dos serviços prestados em SHE, o MS apresenta o Acolhimento articulado com as ações de Classificação de Risco.⁴ Nessa perspectiva, a diretriz "Acolhimento com Classificação de Risco" (ACCR) tem como objetivos principais acolher classificar o risco do agravo e direcionar o usuário ao atendimento médico de acordo com a gravidade do caso.¹

Ressalte-se que o Acolhimento ao usuário em SHE pode ser realizado por qualquer profissional de saúde treinado para esse fim, porém a Classificação de Risco é de competência do enfermeiro¹ e deve se realizar por meio da Consulta de Enfermagem, na qual, com base em um protocolo preestabelecido,⁶ o usuário é classificado em um sistema de cores que pode ser assim discriminado: Vermelho – emergência; Amarelo – urgência; Verde – menor urgência; e Azul – não urgência.⁴ Apesar de o ACCR ter sido instituído no Brasil como diretriz para a promoção da qualidade em saúde, somente em 2004⁴ ocorreram registros na literatura de que os primeiros hospitais brasileiros a utilizar o ACCR no atendimento foram o Hospital Municipal de Paulínia, em 1993, e o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, em Campinas, em 2001. Nessas instituições, um dos principais resultados obtidos foi o controle da demanda por meio da priorização dos casos de maior gravidade para o atendimento.⁷

Corroborando esse dado, em outro estudo realizado em 2010, na cidade de Ourinhos, interior de São Paulo, constatou-se que a implantação do ACCR culminou na diminuição das filas de espera, na priorização dos casos graves para o atendimento e em relatos favoráveis,

por parte dos trabalhadores quanto à organização do serviço.⁸

Em relação à avaliação do ACCR, o que se tem visto são publicações que, por meio de abordagens qualitativas, buscam expressar o grau de satisfação dos trabalhadores com o ACCR⁹ sem utilizar instrumentos específicos para esse fim.

Destarte, a nosso ver, a utilização de instrumentos específicos para a avaliação de novas tecnologias que visem à humanização e à qualidade no atendimento em SHE, no caso, o ACCR, proporciona resultados que vão além da interpretação de fenômenos, pois propiciam equacionamento das relações de causa-efeito ao permitir a inclusão de maior número de participantes.

Dada a importância da utilização de instrumento específico para a avaliação do ACCR em SHE, associada à escassez de publicações relacionadas a essa temática, pergunta-se: Como os profissionais de saúde de uma instituição pública de ensino avaliam a diretriz ACCR com base na aplicação de um instrumento construído para esse fim? Para responder a essa questão, propôs-se a realização deste estudo, cujo objetivo foi avaliar o ACCR implantado no Serviço de Emergência de um Hospital de Ensino Público.

A realização deste estudo se justifica pelo fato de que, até o presente momento, não foram encontrados resultados de pesquisas que avaliassem o ACCR em SHE utilizando um instrumento específico. Além disso, as informações resultantes podem subsidiar discussões e interesses voltados para a implantação do ACCR e melhoramento da qualidade do atendimento em SHE.

METODOLOGIA

Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido, no período de 25 a 30 de março de 2011, no SHE de um hospital de ensino público. O referido Serviço iniciou suas atividades em 20 de janeiro de 1989; atualmente atende por volta de 47 mil pacientes/ano; possui área com 31 leitos, porém acomoda, em média, 90 pacientes/dia; é referência no atendimento de alta complexidade no trauma; oferece atendimento médico presencial e de retaguarda nas principais especialidades (cardiologia, neurologia, cirurgia, ortopedia, dentre outras) e implantou o ACCR em dezembro de 2010.

O quadro de trabalhadores da enfermagem do serviço em foco é composto por 50 técnicos de enfermagem; 15 enfermeiros assistenciais; 2 enfermeiros administrativos (1 enfermeiro chefe de divisão e 1 enfermeiro encarregado, que também atua como enfermeiro assistencial).

Para a coleta de dados, utilizou-se o Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco,¹⁰ criado com base em informações contidas na cartilha Acolhimento com Classificação de Risco do MS¹ e nas dimensões donabedianas de avaliação em saúde.¹¹

O instrumento de Avaliação referido é um questionário composto por 21 questões, dispostas na forma de escala do tipo Likert, com valores que variam de “Discordo totalmente” (valor 1) a “Concordo totalmente” (valor 5). (FIG.1). Dentre as 21 questões, 12 têm sentido positivo e 9, negativo. Essas questões estão assim distribuídas no instrumento: avaliação da dimensão Estrutura = questões de 1 a 7; avaliação da dimensão Processo = questões de 8 a 14; e avaliação da dimensão Resultado = questões de 15 a 20 (ANEXO).¹¹

As afirmações que corresponderam à forma negativa na escala Likert, na fase de tratamento dos dados, foram invertidas (positivadas) e, na análise dos dados, o valor 3 da escala foi considerado como “Sem opinião”. Semelhante conduta foi tomada nos casos em que as opções de respostas estiveram em branco.

A abordagem aos profissionais foi realizada no ambiente de trabalho dos sujeitos, durante o turno de serviço e

de forma individualizada. No momento da aplicação do questionário aos trabalhadores do SHE, 4 estavam afastados por licença médica, 2 por licença maternidade, 10 em período de férias e 6 não responderam alegando falta de tempo. Dessa forma, 45 instrumentos foram preenchidos. O critério de inclusão utilizado para selecionar os participantes da pesquisa foi pertencer ao quadro da enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) desde a implantação do ACCR no SHE investigado.

A amostra constituída somente por profissionais de enfermagem se justifica pelo fato de que esses trabalhadores são os principais responsáveis pela visão de atendimento institucional que o cliente leva para si, por prestarem cuidado integral durante 24 horas. Com isso, as dificuldades e/ou facilidades observadas no ambiente de trabalho, que são focos dos processos avaliativos, são mais bem observadas por eles.

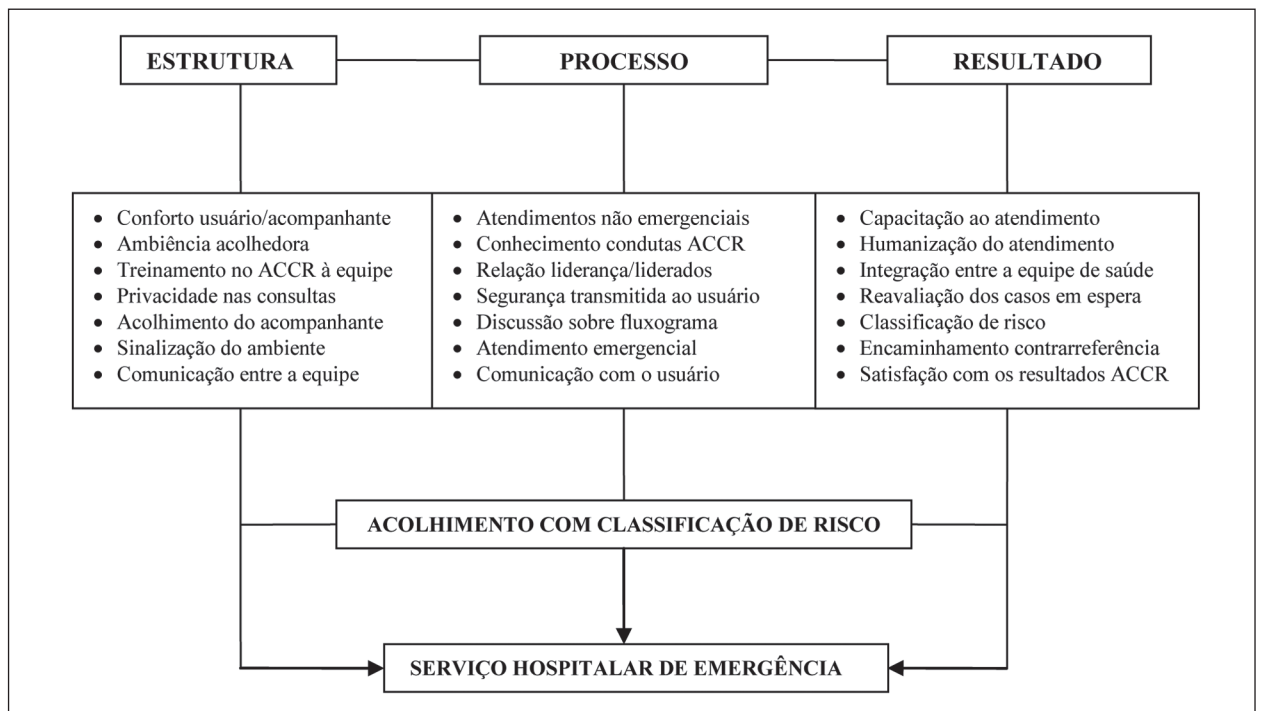


FIGURA 1 – Itens avaliados nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado. Maringá – 2011

Fonte: Bellucci Júnior¹⁰

TABELA 1 – Escores para a classificação geral do ACCR. Maringá – 2011

Pontuação obtida	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Representatividade Final
94,4 a 105	10,6	90 a 100%	Ótimo
73,5 a 94,3	20,8	70 a 89,9%	Bom
52,5 a 73,4	20,9	50 a 69,9%	Regular
21 a 52,4	31,4	0 a 49,9%	Precário

Fonte: Brasil¹²

Para a avaliação de cada *dimensão*, calculou-se a média dos valores dos itens e, a seguir, essas médias foram comparadas aos dados da TAB. 2. No tocante à avaliação dos *itens* de cada dimensão, calculou-se a média da pontuação atribuída pelos participantes cujos valores, também, foram comparados aos escores da mesma tabela.

TABELA 2 – Escores utilizados para a classificação das dimensões e dos itens avaliados no ACCR. Maringá – 2011

Média Obtida	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Classificação
31,5 a 35	3,5	90 a 100%	Ótimo
24,5 a 31,4	6,9	70 a 89,9%	Bom
17,5 a 24,4	6,9	50 a 69,9%	Regular
7 a 17,4	10,4	0 a 49,9%	Precário

Fonte: Brasil¹²

Os dados foram analisados por meio do software Excel 7.0. Quanto aos aspectos éticos, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá-PR, sob o Parecer nº 606/2010, e para participar, após receberem informações a respeito do estudo, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Cabe ressaltar que este estudo é produto da dissertação de mestrado intitulada "Avaliação do processo de implantação do programa Acolhimento com Classificação de Risco no pronto-socorro do Hospital Universitário de Maringá-PR" e foi financiado pela Fundação Araucária – Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico e Científico do Paraná.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e da discussão será efetuada de acordo com as dimensões donabedianas¹¹ de avaliação em saúde, conforme consta a seguir.

Avaliação da dimensão Estrutura

A dimensão Estrutura obteve pontuação média (PM) de 26,8 e foi classificada como *Bom*.

Na avaliação da dimensão Estrutura, os itens "Comunicação entre a equipe", "Ambiência acolhedora" e "Acolhimento ao acompanhante" foram classificados como *Bons*. Esse é um dado importante porque a "Ambiência", que é conceituada pelo MS como o tratamento dado ao espaço físico de uma unidade de saúde, cujo objetivo é proporcionar acolhimento e conforto ao usuário,¹³ se somada às ações de ACCR, seguramente contribui para a qualidade do cuidado em SHE.

No SHE avaliado, apesar de existir climatização e boa circulação de ar ambiente nos locais onde os usuários aguardam pelo atendimento, quando se fala em acomodação das pessoas, a classificação *Regular* dos itens "Conforto ao usuário e acompanhante" e "Privacidade nas consultas" aponta que as mudanças no espaço físico ainda necessitam de melhorias. A classificação *Regular* desses itens pode ser, em parte, justificada pelo fato de que o ACCR foi implantado no serviço apenas três meses antes de este estudo ser realizado. Com isso, as mudanças estruturais para o acolhimento aos usuários e acompanhantes ainda não estavam concluídas.

O item que obteve a menor PM nessa categoria foi "Sinalização do ambiente", que também foi classificado como *Regular*. De acordo com o MS, todo hospital

TABELA 3 – Pontuação média dos itens da dimensão Estrutura. Maringá – 2011

Itens avaliados	PM*	CL**	N	%
– Conforto ao usuário e acompanhante	22,4	Regular	45	100
– Ambiência acolhedora	30,4	Bom	45	100
– Treinamento sobre ACCR à equipe	21,8	Regular	45	100
– Privacidade nas consultas	24,2	Regular	45	100
– Acolhimento ao acompanhante	30,6	Bom	45	100
– Sinalização do ambiente	19,4	Regular	45	100
– Comunicação entre a equipe	29,2	Bom	45	100
Média da pontuação total	26,68			
Classificação	BOM			

*Pontuação média (PM)

** Classificação

deve conter em seus serviços placas de sinalização e informações em linguagem clara e representativa, não excluindo portadores de necessidades especiais.¹³ Vale salientar que a boa avaliação desse item é fundamental para a qualidade do atendimento em SHE porque a ineficácia dos sistemas de informações, além de gerar desordem no ambiente de trabalho,¹⁴ propicia o não entendimento dos usuários quanto à necessidade de priorização no atendimento dos casos de maior complexidade.

Quando se fala de sinalização em SHE, a adequação desse item em situações de emergência pode proporcionar rapidez e agilidade no atendimento por direcionar as ações da equipe para o transporte de usuários, realização de exames, fluxo de materiais, dentre outros. Com isso, a sinalização em ambiente hospitalar, especialmente em locais críticos como é o caso do Serviço/Setor/Unidade de Emergência, deve proporcionar o arranjo dos espaços com fluxos adequados que favoreçam o bom andamento do processo de trabalho.¹

Ainda em relação ao quesito ambiência, vale ressaltar que em SHE esse item deve ser mais bem classificado, tendo em vista que a sua adequação não necessita de grandes investimentos em estrutura e processo de trabalho.²

O item "Treinamento no ACCR à equipe" foi igualmente classificado como *Regular*. Esse dado indica que a instituição investigada necessita implementar ações e programas de educação em serviço, a fim de evitar riscos e prejuízos aos trabalhadores e cliente.

Apesar de ações proativas serem sempre bem-vindas, independentemente do segmento ou da atividade, a literatura aponta que grande parte das instituições de saúde brasileiras desenvolve programas de treinamento voltados para o caráter curativo, ou seja, observando problemas que ocorrem no serviço.¹⁵ Nesse sentido,

ao se pensar em qualidade do atendimento em SHE, é importante que os gestores desenvolvam programas de treinamentos que visem modificar posturas e hábitos impróprios ao desenvolvimento seguro das atividades profissionais.

Para atuar de maneira proativa no ACCR, o MS sugere que, desde o início da implantação desse dispositivo em SHE, a equipe de saúde seja treinada e acompanhada periodicamente quanto à utilização correta dos protocolos de classificação de risco e das ações de acolhimento previamente pactuadas entre a equipe.¹

Estudo recente revela que a capacitação da equipe de saúde para a implantação do ACCR em SHE, além de ser considerada ponto-chave para o sucesso das mudanças que ocorrem nos fluxos de atendimento, fortalece o plano de trabalho porque proporciona a definição de metas e a identificação dos problemas em conjunto.¹⁶

Com base nos resultados obtidos na avaliação da dimensão Estrutura e dos respectivos itens, sugere-se a instalação de maior número de placas informativas no SHE em questão no sentido de orientar o fluxo de atendimento e encaminhamento dos usuários no interior desse serviço. Além disso, a realização de programas de educação em serviço e ações que visem à adequação da estrutura física no sentido de proporcionar conforto e segurança ao usuário e ao acompanhante tende a beneficiar, também, o trabalho da equipe.

Avaliação da dimensão Processo

A dimensão Processo, que retrata como o trabalho é realizado no SHE pesquisado, obteve PM de 29,2 e foi classificada como *Bom*.

Apesar de a PM ser classificada como *Boa*, os itens "Atendimentos não emergenciais" e "Atendimentos

TABELA 4 – Pontuação média dos itens da dimensão Processo. Maringá – 2011

Itens avaliados	PM*	CL**	N	%
– Atendimentos não emergenciais	34,6	Ótimo	45	100
– Conhecimento das condutas no ACCR	21,2	Regular	45	100
– Relacionamento entre liderança/liderados	23,2	Regular	45	100
– Segurança transmitida ao usuário	32,2	Ótimo	45	100
– Discussões sobre o fluxograma com a equipe	23,0	Regular	45	100
– Atendimentos emergenciais	34,5	Ótimo	45	100
– Comunicação com o usuário nas salas de esperas	33,4	Ótimo	45	100
Média da pontuação total		29,2		
Classificação		BOM		

*Pontuação média (PM)

**Classificação

emergenciais” foram classificados como *Ótimos*. Esses achados indicam que todos os usuários que adentram ao serviço passam pelo ACCR e são atendidos de acordo com a gravidade do caso. Em consonância com esses resultados, no tocante aos serviços prestados em SHE, o HumanizaSus propõe que a priorização no atendimento dos casos mais graves e a ordenação do atendimento aos casos de menor complexidade sejam alguns dos seus princípios.⁴

Em relação à organização do processo de trabalho em SHE, estudo avaliativo recente, realizado num hospital público, refere que o ACCR dinamiza os fluxos de entrada do usuário no sistema, além de conferir maior segurança e estabilidade durante o processo de atendimento.⁹ Desse modo, no serviço em foco, percebe-se que o processo de trabalho está estruturado para se desenvolver com base em ações que priorizam os casos de maior gravidade para o atendimento.

Vale ressaltar que, além da organização do processo de trabalho, os SHEs que implantaram o ACCR também estão legalmente amparados em relação ao cuidado prestado ao usuário porque, desde o atendimento inicial, quando é realizada a Consulta de Enfermagem, são anotadas as condições de saúde daqueles que procuram o serviço.

Não obstante os itens que versam a respeito do fluxo de atendimento aos usuários serem classificados como *Ótimos*, aqueles referentes ao “Conhecimento das condutas do ACCR”, “Discussões sobre o Fluxograma” e “Relacionamento entre liderança/liderados” foram classificados como *Regulares*.

Saliente-se que a escassez de reuniões de “Treinamento no ACCR à equipe”, discutida na dimensão anterior, pode ser um dos fatores responsáveis pela classificação obtida nos três itens relacionados acima porque a existência de programas institucionais de capacitação

à prática, além de propiciar aos trabalhadores maior segurança na realização das atividades assistenciais,¹⁷ também proporciona momentos de interação e troca de experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços.

Os itens “Comunicação com os usuários” e “Segurança transmitida ao usuário” foram classificados como *Ótimos*. Esses dados indicam que, no setor investigado, os usuários são assistidos e informados em relação ao provável tempo de espera pelo atendimento médico, à reavaliação dos casos de baixa complexidade e ao estado de saúde dos usuários em atendimento interno.

O ato de informar o usuário sobre as condições de atendimento coopera para a produção de vínculo, no qual, de acordo com o MS, pode produzir ação terapêutica e melhora das relações de atendimento em saúde.¹ Na área hospitalar, a comunicação, além de favorecer o vínculo entre a equipe e o usuário, também proporciona conforto aos familiares e acompanhantes porque a hospitalização é uma condição que gera muitas angústias nas pessoas, principalmente quando estas não são informadas corretamente sobre o estado de saúde do seu ente ou outra pessoa próxima.¹⁸

Com vista a melhorar a qualidade do atendimento por meio de adequações no processo de trabalho, com base nos resultados obtidos nessa dimensão, propõe-se que as lideranças do serviço investigado realizem maior número de encontros entre trabalhadores e gestores para tratar de assuntos relativos às condutas a tomar no ACCR, associados ao desenvolvimento de mecanismos que efetivem a escuta e a troca de informações entre a equipe de saúde e o usuário.

Avaliação da dimensão Resultado

A dimensão Resultado obteve PM de 27,88 e foi classificada como *Boa*.

TABELA 5 – Pontuação média dos itens da dimensão Resultado. Maringá – 2011

Itens avaliados	PM*	CL**	N	%
– Capacitação ao atendimento	33,0	Ótimo	45	100
– Humanização do atendimento	23,9	Regular	45	100
– Integração entre a equipe de saúde	28,2	Bom	45	100
– Reavaliação dos casos em espera	21,4	Regular	45	100
– Classificação de risco	34,8	Ótimo	45	100
– Encaminhamento de contrarreferência	17,0	Precário	45	100
– Satisfação com os resultados do ACCR	31,6	Ótimo	45	100
Média da pontuação total		27,88		
Classificação		BOM		

*Pontuação Média (PM)

**Classificação

O item "Classificação de risco" foi um dos que obtiveram a maior PM da dimensão Resultado, sendo classificado como *Ótimo*. De acordo com o MS, as instituições que utilizam de maneira eficaz a Classificação de Risco cooperam para que ocorra a extinção das práticas de exclusão do usuário, porque se distanciam do conceito tradicional de "triagem", já que todos serão atendidos no serviço.⁴

Em termos gerais, apesar de o serviço investigado ainda necessitar de ajustes na estrutura para o acolhimento ao usuário, percebe-se que, dada a ocorrência de classificação de risco a todos os que procuram por atendimento, não se vê a prática de "exclusão" dos usuários no momento da abordagem "de porta".

Quanto à classificação *Ótima*, obtida no item "Capacitação ao atendimento" e "Satisfação com os resultados do ACCR", vale ressaltar que, apesar de ocorrer pouco treinamento sobre ACCR com a equipe, os trabalhadores se esforçam em aprender e apreender as condutas de enfermagem contidas no Protocolo de Classificação de Risco, utilizado pela instituição. Os itens que versam a respeito da Humanização em SHE – "Humanização do atendimento" e "Reavaliação dos casos em espera" – foram classificados como *Regulares*.

Em uma análise mais pontual sobre esses quatro últimos itens avaliados, percebe-se um contraponto: os trabalhadores se sentem capacitados ao atendimento, no entanto referem que a humanização no serviço prestado é *Regular*. Nesse sentido, é provável que o conceito de *Humanização* não seja aplicado em todas as fases do atendimento do SHE investigado, porque, desde a abordagem primária ao usuário até a alta deste, os trabalhadores são os principais responsáveis pela valorização do sujeito no processo de produção de saúde.

A classificação *Precário* para o item "Encaminhamentos de contrarreferência" denota que, mesmo com todos os arranjos feitos, a porta de entrada do sistema de saúde continua sendo os SHE. Vale salientar que quando os mecanismos de referência e contrarreferência são falhos em SHE, a qualidade no atendimento aos usuários classificados como verdes e azuis é diretamente prejudicada, porque a classificação pode se tornar superficial e inadequada.⁹ Desse modo, a elevada demanda de casos que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde torna-se fator agravante para a promoção da qualidade no SHE.¹

O item "Integração entre a equipe de saúde" foi classificado como *Bom*. No nosso entender, a referida integração é quesito fundamental para a qualidade do cuidado prestado porque, dentre outros aspectos, possibilita a troca de experiências que podem fortalecer a produção do cuidado e as relações entre os trabalhadores.^{19,20} Nessa perspectiva, com a classificação obtida nesse item, entende-se que no serviço estudado os profissionais estão satisfeitos com o relacionamento que se desenvolve na equipe que promove o cuidado.

Com base nos dados da avaliação dos itens e da dimensão Resultado, infere-se se que a gestão do SHE

investigado deve realizar ações de pactuação entre o serviço e a Rede Básica de Saúde do município no sentido de melhor distribuir os encaminhamentos de usuários considerados como "falsa demanda" que não necessitam de atendimento emergencial.

Estudo realizado em 2009 aponta que o crescimento de "falsa demanda" para o atendimento em SHE é ocasionado pela diversidade de concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm a respeito desse serviço.²¹ Desse modo, fazem-se necessários a definição de responsabilidades e sistemas de referência e contrarreferência, efetivamente pactuados, de modo que as distorções existentes nas portas de entrada desses serviços possam ser corrigidas.²¹

Avaliação geral do acolhimento com classificação de risco

O ACCR total obteve 83,22 pontos e foi classificado como *Bom*. A frequência das classificações dos itens avaliados nas três dimensões está distribuída na TAB. 6, a seguir.

TABELA 6 – Frequência das classificações dos itens avaliados. Maringá – 2011

DM** \ CL*	Ótimo	Bom	Regular	Precário
Estrutura	-	03	04	-
Processo	04	-	03	-
Resultado	03	01	02	01
Total	07	04	09	01

*Classificação

** Dimensão

Dos itens avaliados no instrumento, percebe-se que sete (33,3%) foram classificados como *Ótimos*; quatro (19%), como *Bons*; nove (42,6%), como *Regulares* e um (4,8%), como *Precário*. Entre os classificados como *Ótimos*, quatro se referiram à dimensão Processo e três ao "Resultado". Com relação aos itens classificados como *Regulares*, quatro pertenciam à dimensão Estrutura, três ao Processo e dois ao Resultado.

Considerando que os itens avaliados como *Ótimos* se concentraram nas dimensões Processo e Resultado, pode-se afirmar que, de acordo com a opinião dos profissionais investigados, os processos de trabalho e os resultados obtidos no atendimento do ACCR contemplam satisfatoriamente algumas ações propostas pelo MS, quais sejam: Classificação de risco aos usuários com agravos emergenciais e não emergenciais, Segurança ao usuário e Escuta qualificada.

Embora o resultado total da avaliação do ACCR o classifique como *Bom*, a dimensão Estrutura concentrou a maior parte dos itens avaliados como *Regular*. Nessa dimensão, evidenciou-se que há necessidade de

melhorias no conforto ao usuário e acompanhante, no sistema de sinalização do ambiente e nas ações de treinamento sobre ACCR para a equipe de saúde.

Na dimensão Processo, a segunda com o maior número de itens classificados como *Regular*, e o principal problema encontrado se refere ao não conhecimento por toda equipe das condutas do ACCR. Já na avaliação da dimensão Resultado, conforme apresentado na TAB. 5 e discutido em seguida, a principal dificuldade observada foi falha nos mecanismos de contrarreferência no atendimento, o que é considerado potencialmente prejudicial ao desenvolvimento do ACCR, porque a melhoria da qualidade do atendimento prestado em SHE também depende de pactuações internas e externas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços prestados.²²

CONCLUSÃO

A avaliação do ACCR por meio da aplicação de um instrumento específico possibilitou quantificar as opiniões dos trabalhadores, identificar algumas potencialidades e fragilidades da diretriz implantada no serviço e orientar condutas de melhorias nas dimensões avaliadas.

Apesar de este estudo ser realizado por meio de abordagem quantitativa e o instrumento utilizado para a coleta de dados mencionar de maneira ampla os vários aspectos referentes à gestão do ACCR em SHE, destaque-se que os resultados apresentados são fruto da observação e interpretação da realidade percebida pelos trabalhadores e pesquisadores, não considerando

as percepções dos gestores e dos usuários do SHE. Dessa maneira, a participação do cliente e dos gestores é uma limitação a ser considerada neste estudo.

Com base na avaliação dos trabalhadores de enfermagem, conclui-se que o ACCR implantado no SHE estudado não atingiu ainda todos os objetivos de humanização para os quais foi idealizado. A existência de insatisfações em alguns itens da Estrutura, Processo e Resultado sinaliza que ainda não estão fixadas no processo de trabalho, todas as ações de Acolhimento ao usuário, preconizadas no HumanizaSus.

Sugere-se à gestão de enfermagem do SHE investigado que considere a necessidade de replanejamento estrutural do ACCR, dando ênfase à comunicação visual do setor, ações de treinamento aos trabalhadores em relação à operacionalização dessa diretriz e efetivação dos mecanismos de contrarreferência.

Para que o atendimento em SHE seja efetivado com base na humanização e na qualidade, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas que abordem a implantação, o monitoramento e os resultados do ACCR.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Araucária – Apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico do Paraná –, pelo financiamento da pesquisa. A todos os enfermeiros do Hospital Universitário de Maringá PR, em especial ao Marinaldo Santos e Hellen Rickli, pelas orientações durante a coleta de dados no SHE, e ao professor Marcelo Wander Barros, pelas correções de língua portuguesa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. O'dwyer GO, Oliverira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualISUS. *Ciênc Saúde Coletiva*.2009;14(5):1881-90.
3. Domiciano V, Fonseca AS. Tempo médio para atendimento do cliente em um departamento de emergência de um hospital privado. *Nursing*.2008;11(119):182-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Maia Jr R, Pastos N. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Difusão Cultural do Livro;1999.
6. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com Classificação de Risco: o processo vivenciado pelo enfermeiro. *REME*. 2008;12(4):581-86.
7. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da Classificação de Risco. [citado 2007 out 30]. Disponível em: <http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=76&Itemid=110>.
8. Bellucci Jr JA, Matsuda, LM. Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador [resumo]. In: 9º Congresso da Rede Unida. Saúde é Construção da Vida no Cotidiano: Educação, trabalho e cidadania; 2010 Jul 17-21; Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: Interface; 2010. p. 974-81.
9. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncillo KCG. Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*.2011;19(1):84-8.
10. Bellucci Jr JA. Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência [Dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2011. 143 p.
11. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Michigan: Health Administration Press; 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring; p. 77 – 125.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Instrumento de avaliação para centros e postos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1985.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

14. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto & Contexto Enferm.* No prelo 2012.
15. Montana D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP.*2010;44(3):597-604.
16. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletronica Enferm.* 2011;13(4):648-56. [Citado em 2012 Fev 20]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>>.
17. Braga AT, Melleiro MM. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP.*2009;43(2):1216-20.
18. Victor ACS, Matsuda LM, Saalfeld SMS, Évora YDM. A comunicação verbal de uma equipe médica: necessidades apresentadas pelos visitantes. *Rev Uningá.*2004;1:105-114.
19. Galván GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. *Rev SBPH.* 2007;10(2):53-61.
20. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Cienc Cuid Saúde.*2010;9(3):494-502.
21. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev Latino-Am Enferm.*2009;17(4):535-40.
22. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):797-806.

Data de submissão: 11/11/2011

Data de aprovação: 11/5/2012

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Neste questionário, composto por 21 afirmações, o objetivo é avaliar o acolhimento com classificação de risco neste serviço hospitalar de emergência. Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações e assinale um **X** no número da escala (de 1 a 5) que melhor representa sua opinião. Sua participação neste estudo é muito importante.

	1	2	3	4	5			
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente			
Nº	ITEM			ESCALA				
01	A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante			1	2	3	4	5
02	O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano			1	2	3	4	5
03	Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
04	O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporciona privacidade ao usuário			1	2	3	4	5
05	O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante			1	2	3	4	5
06	A sinalização do ambiente é clara e suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
07	Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda equipe do setor			1	2	3	4	5
08	Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
09	As condutas a serem tomadas, descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação e Risco, não são conhecidas por todos que trabalham no setor			1	2	3	4	5
10	As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5

continua...

1	2	3	4	5			
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente			
Nº	ITEM		ESCALA				
11	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável		1	2	3	4	5
12	O fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à clareza e objetividade		1	2	3	4	5
13	O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso, e não de acordo com a ordem de chegada		1	2	3	4	5
14	O usuário que não corre risco imediato, assim como seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento		1	2	3	4	5
15	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender o usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana		1	2	3	4	5
16	Nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário		1	2	3	4	5
17	A equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários		1	2	3	4	5
18	Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente		1	2	3	4	5
19	Mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco, os pacientes graves não são priorizados para o atendimento		1	2	3	4	5
20	Os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde		1	2	3	4	5
21	Os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento		1	2	3	4	5