

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

USER EMBRACEMENT WITH RISK RATING: EVALUATION OF THE STRUCTURE, PROCESS, AND RESULT

ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO: EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA, DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS

Kelly Cristina Inoue¹
Ana Cláudia Yassuko Murassaki²
José Aparecido Bellucci Júnior³
Robson Marcelo Rossi⁴
Yolanda Dora Évora Martinez⁵
Laura Misue Matsuda⁶

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade Ingá. Maringá, PR – Brasil.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maringá. Maringá, PR – Brasil.

³Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor do Setor de Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná. Bandeirantes, PR – Brasil.

⁴Matemático. Doutor em Zootecnia. Professor do Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Maringá, PR – Brasil.

⁵Enfermeira. Doutora. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora do Departamento de Enfermagem da UEM. Maringá, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Kelly Cristina Inoue. E-mail: kellyelais@hotmail.com

Submetido em: 26/11/2013

Aprovado em: 23/02/2015

RESUMO

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado entre agosto e novembro/2011, com o objetivo de avaliar sob a ótica dos trabalhadores a estrutura, o processo e o resultado da implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR). Participaram 314 profissionais de quatro serviços hospitalares de emergência (SHE) de diferentes categorias profissionais. Para a coleta de dados foi usado o "Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco". Entre os sujeitos, a maioria era mulher (63,7%); da área de Enfermagem (56,7%); com experiência média de 7,2±7,6 anos no setor. Apesar de haver priorização dos casos graves; atendimento aos casos não graves; informação sobre o tempo provável de espera; e acolhimento do usuário pelos profissionais que atuam nesse sistema, constatou-se que no cômputo geral o acolhimento com classificação de risco foi avaliado como *precário*. Como principais agravantes detectaram-se: falta de espaço físico; problemas no relacionamento da equipe multiprofissional; e dificuldade na operacionalização das condutas estabelecidas. Concluiu-se que, apesar de nos serviços de emergência investigados as condutas fundamentais propostas pelo ACCR serem realizadas, há necessidade da operacionalização integral desse sistema.

Palavras-chave: Acolhimento; Humanização da Assistência; Serviço Hospitalar de Emergência; Avaliação em Saúde; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The present work is a descriptive and exploratory study, with a quantitative approach, conducted between August and November 2011, aimed at, from the workers' perspective, assessing the Structure, Process, and Result of implementing the Reception with Risk Rating (RRR) instrument. This study included 314 professionals of different professional categories from four Emergency Hospital Services (EHS). The "Instrument to Assess Reception with Risk Rating" was used for data collection. Among the subjects, most were women (63.7%), from the Nursing field (56.7%), with an average experience of 7.2±7.6 years in the sector. Although there is a prioritizing of serious cases, care for mild cases, information about the probable waiting time, and user reception by the professionals who work in this system, it was found that, overall, the RRR was considered precarious. The main aggravating factors included: lack of physical space, problems in relationships within the multidisciplinary staff, and difficulty in putting the defined conduct into effect. It could therefore be concluded that, although the essential conduct proposed by RRR was in fact implemented in the investigated emergency services, there is still a need to make this system fully operational.

Keywords: User Embrace; Humanization of Assistance; Emergency Service, Hospital; Health Evaluation; Nursing Care.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo realizado entre agosto y noviembre/2011 con el objetivo de evaluar la estructura, el proceso y el resultado de la implantación de la Acogida con Clasificación de Riesgos (ACCR) desde la perspectiva de los trabajadores. Participaron 314 profesionales de cuatro servicios de urgencias hospitalarias (SUH) de diferentes categorías profesionales. Para la recogida de datos se utilizó el "Instrumento para Evaluación de la Acogida con Clasificación de Riesgos". La mayoría eran mujeres (63,7%); del área de enfermería (56,7 %); con experiencia media de 7.2±7.6 años en dicho sector. A pesar de haber prioridad para los casos graves; atención de casos no graves; información sobre el tiempo probable de espera y acogida del usuario por los profesionales que trabajan en este sistema, se constató que, en general, la Acogida con Clasificación de Riesgos fue evaluada como Precaria. Los principales agravantes detectados fueron: falta de espacio físico, problemas en la relación entre el equipo multidisciplinario y dificultad para poner en práctica las conductas establecidas. Se concluye que, aunque en los Servicios de Urgencia investigados se cumplan las conductas fundamentales propuestas por la ACCR, este sistema debe ponerse en práctica de forma integral.

Palabras clave: Acogimiento; Humanización de la Atención; Servicio de Urgencia en Hospital; Evaluación en Salud; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade no atendimento à saúde e legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos diferentes níveis de atenção no Brasil, tem proporcionado mudanças institucionais, mediante a implementação de estratégias e ações propostas pelas políticas assistenciais. Nesse contexto, especial atenção tem sido dispensada aos SHEs, também conhecidos como prontos-socorros, os quais são representados por estabelecimentos de saúde para o atendimento daqueles cuja gravidade clínica mereça atenção prioritária.¹

Reconhece-se que há reprodução histórica de longas filas de espera, superlotação e falta de condições infraestruturais que culminaram em precariedade na assistência à saúde realizada em grande parte dos SHEs brasileiros. Esse fato tem sido agravado pela demora no agendamento de consultas, horário de funcionamento restrito e reduzido acesso às medicações em Unidades Básicas de Saúde, que levam à maior procura por atendimento em HE², mesmo quando não se trata de casos de urgência ou emergência.

Além do suporte em SHE ser mais resolutivo em relação aos outros serviços de saúde, o aumento da quantidade de pacientes atendidos nesse serviço também está relacionado ao *déficit* no esclarecimento da população quanto às suas reais funções.³ Com isso, quando as instituições realizam o atendimento por ordem de chegada, os pacientes em situação aguda sofrem com a demora da espera.

Internacionalmente, tem-se reconhecido que pacientes em fase aguda da doença enfrentam atrasos inaceitáveis no atendimento inicial em SHE devido à falta ou classificação de risco inadequada, o que acarreta mais dificuldade no controle da doença, com consequente prolongamento do tempo de internação e prognósticos mais limitados. E, na tentativa de sanar problemas desse tipo, os sistemas de saúde de diferentes países têm criado diferentes formas de triagem classificatórias de risco.⁴

A triagem classificatória de risco nos SHEs brasileiros existe desde 2002,⁵ mas a partir de 2004 teve o seu conceito ampliado e ressignificado na perspectiva da humanização, originando o acolhimento com classificação de risco (ACCR),⁶ que consiste em uma das intervenções para a reorganização das portas de urgência e implementação da produção de saúde em rede, pautando-se na escuta qualificada, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização, na resolutividade dos serviços e também na priorização dos casos mais graves.⁶ Desse modo, espera-se que as ações de acolhimento do usuário e sua família sejam realizadas pelos profissionais da saúde em todo o processo assistencial; e a classificação de risco, pautada em protocolos com níveis de gravidade por cores, seja viabilizada pelo enfermeiro.⁶

Gradativamente, os SHEs brasileiros têm implantado o ACCR e, por isso, torna-se importante que se realizem estudos

voltados para a análise e/ou avaliação de mudanças provenientes da sua utilização, para a identificação de lacunas assistenciais e estabelecimento de estratégias de melhorias que garantam mais eficiência e eficácia no atendimento à urgência e emergência.

Considerando-se a importância e a necessidade de estudos que avaliam a implantação do ACCR no Brasil, pergunta-se: como os trabalhadores de SHE avaliam o ACCR? E para respondê-la, propõe-se a realização deste estudo, que tem como objetivo avaliar sob a ótica dos trabalhadores a estrutura, o processo e o resultado da implantação do ACCR em quatro SHEs.

MÉTODO

Pesquisa de avaliação, com abordagem quantitativa, realizada no período de agosto a novembro de 2011, em quatro SHEs, assim designados: SHE I, SHE II, SHE III e SHE IV.

O SHE I pertence a um hospital público de Maringá-PR, com capacidade operacional de 20 leitos e atendimento a uma demanda média de 5.400 pacientes por ano; a implantação do ACCR ocorreu em 2008. Já o SHE II também está alocado em Maringá-PR, mas se refere a um hospital de ensino público, com capacidade operacional de 31 leitos e atendimento a cerca de 47.000 pacientes ao ano; o ACCR foi implantado em dezembro de 2010. Quanto ao SHE III, este é parte de outro hospital público de ensino do Paraná; situado na cidade de Londrina, tem capacidade operacional de 50 leitos e atende, em média, 40.000 pacientes por ano; a implantação do ACCR foi em 2007. Por fim, o SHE IV está alocado num hospital filantrópico de Ourinhos-SP, cuja capacidade operacional é de 25 leitos para o atendimento de aproximadamente 100.000 pacientes por ano; o ACCR também ocorreu em 2007.

Como critério de inclusão dos sujeitos, considerou-se a atuação direta nos SHEs, por tempo igual ou superior a três meses. A partir da lista de profissionais dos serviços de Assistência Social; Enfermagem; Medicina; Recepção; Segurança e Limpeza disponibilizada por cada instituição, realizou-se amostragem aleatória estratificada, de alocação proporcional, considerando 60% dos profissionais que atuavam em cada serviço. Mediante recusa ou quando o profissional não fosse localizado por três tentativas consecutivas, o nome subsequente foi selecionado, e assim sucessivamente, até se chegar ao final da lista ou se obter pelo menos 60% dos trabalhadores de cada área de atuação.

Para a coleta de dados, após a definição dos participantes da pesquisa por meio de sorteio, realizou-se entrevista individual em ambiente privativo, no próprio local de trabalho, utilizando-se um instrumento composto de duas partes. Na parte I constavam informações para caracterização dos entrevistados e a parte II era constituída pelo "instrumento para avaliação do ACCR".⁷

Ressalta-se que a parte II do instrumento continha 21 itens em escala tipo *Likert* de cinco níveis, os quais estavam agrupados e fundamentados nas três dimensões *donabedianas* de avaliação em saúde,⁸ quais sejam: (1) estrutura, itens de 1 a 7; (2) processo, itens de 8 a 14; (3) resultado, itens de 15 a 21.

Os dados foram compilados e tratados em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft Office Excel*[®] e importados, posteriormente, para o programa *EpiInfo 3.5.3*. Para os resultados da parte I realizou-se análise estatística descritiva (frequência, média, desvio-padrão, bem como variação mínima e máxima), enquanto que para a parte II foi verificada a moda de pontuação de cada item e realizada a estatística inferencial com testes de medianas (Teste Kruskal-Wallis e Teste Mann-Whitney), considerando-se nível de significância de 5%.

Inicialmente, na parte II, os valores dos itens que correspondem à forma negativa da escala (itens 3, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 19 e 20) foram invertidos (positivados) para a contabilização das pontuações gerais, requeridas pelo tratamento estatístico. Em seguida, calculou-se a média ponderada de cada item e também das dimensões, somando-se o produto do valor de cada nível da escala *Likert* pelo seu respectivo número de respondentes e dividindo o resultado obtido pelo total de respondentes. A partir da média ponderada, os itens foram categorizados em avaliações discordantes (valores inferiores a três pontos) e concordantes (acima de três pontos).⁷

Na análise dos dados, a pontuação geral do instrumento e suas dimensões foram comparadas às categorias e escores de acordo com o instrumento de avaliação para centros e postos de saúde,⁹ em que se consideram, para a avaliação geral, as seguintes representatividades finais de acordo com a pontuação média e escore (%), respectivos: *ótimo*, de 94,5 a 105 pontos (90 a 100%); *satisfatório*, de 78,7 a 94,4 pontos (75 a 89,9%); *precário*, de 52,5 a 78,6 pontos (50 a 74,9%); e *insuficiente*, de 1 a 52,4 pontos (0 a 49,9%). Já para a avaliação de cada dimen-

são, as representatividades finais de acordo com a pontuação média e escore (%), respectivos, foram: *ótimo*, de 31,5 a 35 pontos (90 a 100%); *satisfatório*, de 26,2 a 31,4 pontos (75 a 89,9%); *precário*, de 17,5 a 26,1 pontos (50 a 74,9%); e *insuficiente*, de 7 a 17,4 pontos (0 a 49,9%).⁷

Ao considerar o valor mínimo de cada item, a pontuação mínima do instrumento a ser alcançada é de 21 e a máxima 105, com amplitude total de 84 pontos, enquanto que na avaliação de cada dimensão (estrutura, processo e resultado) a pontuação mínima poderá ser de sete e a máxima de 35, com amplitude total de 28 pontos.⁷

Esta pesquisa cumpriu todas as exigências éticas e legais vigentes e o seu projeto se encontra registrado no Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, sob o Parecer nº 325/2011.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM SHE

Participaram 314 profissionais, dos quais 114 (36,3%) eram homens e 200 (63,7%) eram mulheres. A idade dos sujeitos variou de 22 a 67 anos, com média de 40,5±10,5 anos. Quanto à escolaridade, 15 (4,8%) cursaram até o Ensino Fundamental; 162 (51,7%) até o Ensino Médio; 67 (21,3%) até o Ensino Superior; 62 (19,7%) concluíram cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* e 8 (2,5%) *Stricto Sensu*.

No que se refere ao tempo de atuação na instituição, este foi de três meses até 35 anos (média = 8,6±8,4 anos); igualmente, o tempo de atuação em SHE variou de três meses até 35 anos (média = 7,2±7,6 anos). Já a profissão dos sujeitos está distribuída de acordo com o SHE na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais que atuam em SHE por profissão e local de trabalho: Maringá – PR, Londrina – PR, Ourinhos – SP, 2011

SHE Profissão	I		II		III		IV		Todos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Assistente Social	2	3,0	2	2,1	1	0,8	-	-	5	1,6
Enfermeiro	5	7,6	10	10,6	9	7,3	4	12,5	28	8,9
Médico*	14	21,2	29	30,9	14	11,4	2	6,2	59	18,8
Enfermagem de Nível Médio**	31	47,0	26	27,6	76	61,8	18	56,3	150	47,8
Agente Administrativo***	12	18,2	6	6,4	10	8,1	4	12,5	32	10,2
Agente de Segurança****	-	-	6	6,4	2	1,6	2	6,2	10	3,1
Agente Operacional*****	2	3,0	15	16,0	11	9,0	2	6,2	30	9,6
Total	66	21,0	94	29,9	122	38,9	32	10,2	314	100

* Inclui docentes e residentes. ** Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Enfermagem. 1 Atendente de Enfermagem foi excluído. *** Auxiliares Administrativos, Técnicos Administrativos, Recepcionistas, Telefonistas. **** Vigias e Porteiros. ***** Zeladores e Motoristas.

Ressalta-se que nos estratos não foi possível alcançar 60% dos profissionais nos seguintes serviços: SHE I – Medicina (51%) e Limpeza (33%); SHE II – Enfermagem (51%), Medicina (23%) e Recepção (34%); SHE III – Medicina (52%); e SHE IV – Medicina (30%) e Segurança (50%).

AVALIAÇÃO DO ACCR EM SHE

A avaliação global do ACCR, bem como das dimensões *donabedianas*, consta na Tabela 2.

Ao se verificar a moda da pontuação de cada item que compõe o instrumento de avaliação do ACCR, obtiveram-se os seguintes resultados (Figura 1).

Ao se comparar as medianas do escore das dimensões *donabedianas* e global do ACCR por instituição, obtiveram-se os resultados da Tabela 3.

No que se refere às variáveis profissionais que influenciam a forma de avaliação do ACCR, verificou-se que apenas o tempo de atuação na instituição e no SHE, bem como o fato de ser hospital ensino, interferem na mesma, conforme se vê na Tabela 4.

DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (63,7%) e mais da metade (56,7%) pertencia à equipe de enfermagem (Tabela 1). Esse resultado já era esperado, visto que a equipe de enfermagem, historicamente, é composta majoritariamente por mulheres e também por se constituir no maior contingente de profissionais que atuam em instituições hospitalares.

Apesar do fato de todos os profissionais de saúde e afins desenvolverem ações de acolhimento, a avaliação do ACCR por parte dos trabalhadores de enfermagem é essencial. Isso porque os enfermeiros são responsáveis pelo procedimento de classificação de risco⁶ e a equipe de enfermagem, de modo geral, por manter contato direto com o paciente e sua família durante o processo de atenção à saúde.

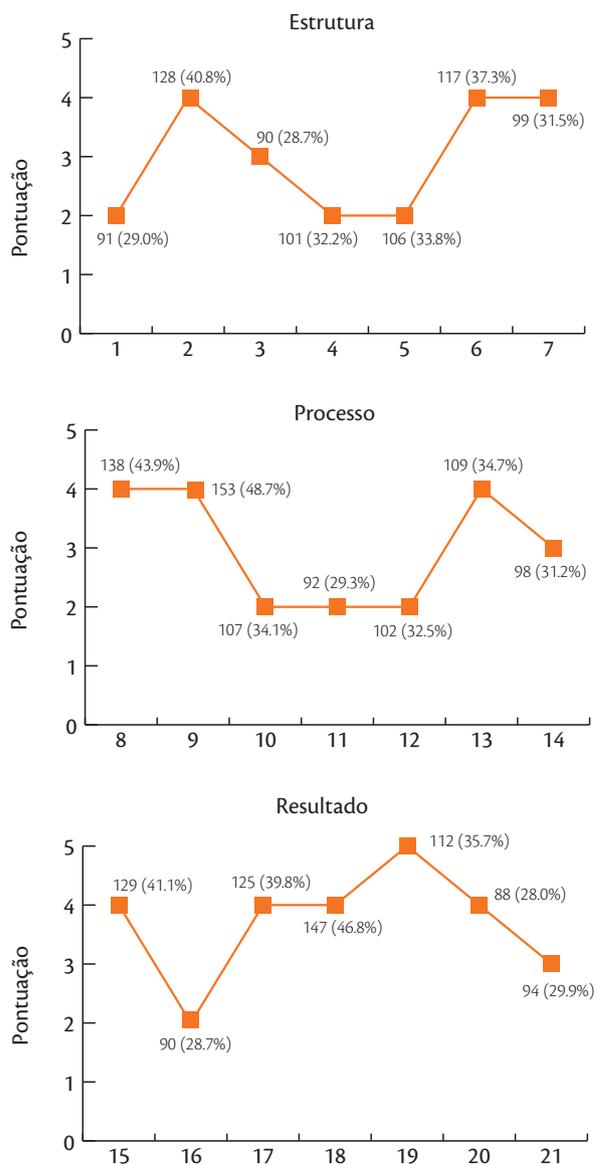


Figura 1 - Moda da pontuação dos itens de avaliação do ACCR, de acordo com a dimensão estrutura, processo e resultado: Maringá – PR, Londrina – PR, Ourinhos – SP, 2011.

Tabela 2 - Resultados da avaliação do ACCR por profissionais que atuam em SHE: Maringá – PR, Londrina – PR, Ourinhos – SP, 2011

Dimensão Avaliação	Estrutura	Processo	Resultado	Geral
Insuficiente	60 (19,1%)	30 (9,5%)	19 (6,0%)	15 (7,8%)
Precário	220 (70,1%)	237 (75,5%)	217 (69,1%)	259 (82,5%)
Satisfatório	27 (8,6%)	37 (11,8%)	63 (20,1%)	34 (10,8%)
Ótimo	7 (2,2%)	10 (3,2%)	15 (4,8%)	6 (1,9%)
Pontuação Média	21,3	22,2	23,7	67,3
Escore (%)	60,9	63,4	67,7	64
Representatividade	Precário	Precário	Precário	Precário

Tabela 3 - Descrição de medianas das dimensões donabedianas e geral do ACCR por instituição: Maringá – PR, Londrina – PR, Ourinhos – SP, 2011

Instituição Dimensão	SHEI	SHEII	SHEIII	SHEIV
Estrutura	21,0 ^a	19,0 ^b	22,0 ^a	23,0 ^a
Processo	23,0 ^{ac}	21,0 ^b	21,5 ^{ab}	24,0 ^c
Resultado	24,0 ^a	23,0 ^a	24,0 ^a	24,5 ^a
Geral	66,5 ^a	64,0 ^b	66,0 ^{ab}	71,5 ^a

a,b,c Letras distintas indicam diferenças significativas a 5% entre instituições, obtidas por meio do teste Kruskal-Wallis.

Outro aspecto a ser destacado acerca da avaliação aqui realizada refere-se às variáveis profissionais dos investigados, a qual pressupõe uma avaliação mais crítica e madura ao apontamento de fragilidades e potencialidades. Isso porque os sujeitos tinham tempo de experiência em SHE correspondente à sua participação em todo o período de implantação do ACCR no setor (média de 7,2±7,6 anos) e 92 ocupantes de cargos de nível técnico também possuíam nível superior de escolaridade (29,3%), como descrito anteriormente.

No que diz respeito à avaliação do ACCR, a representatividade avaliativa foi precária em todas as dimensões *donabedianas* e, conseqüentemente, também na perspectiva geral, como pode ser visto na Tabela 2. Isso amostra a existência de fragilidades do ACCR que precisam ser revistas, rediscutidas e reconstruídas pelos profissionais desses serviços, no sentido de

se alcançar os objetivos propostos pelo uso dessa diretriz, com vistas à melhoria da qualidade da atenção ofertada nos SHEs.

Chama a atenção, ainda, o fato de as avaliações extremas negativas (insuficiente) terem sido mais frequentes que as positivas extremas (ótimo) em todas as dimensões avaliadas (Tabela 2). Esse resultado é preocupante, porque avaliações extremas e/ou repetidamente negativas podem fazer com que os profissionais e pacientes descreditem no modelo de atenção e limitem as ações relacionadas à melhoria da qualidade assistencial, almejada pela Política Nacional de Humanização, inclusive na perspectiva do ACCR. Considera-se, portanto, que há necessidade de se repensar e implementar melhorias vinculadas à estrutura, processo e resultado do ACCR nos SHEs investigados, com monitoramento das ações profissionais em consonância com o protocolo do ACCR instituído, investimento institucional para provimento de recursos físicos e materiais, bem como realização de treinamentos periódicos e sistemáticos que preencham lacunas de conhecimento e melhorem a prática profissional.

O ACCR é uma estratégia que tem influência no processo de trabalho para tornar o ambiente mais acolhedor e, conseqüentemente, obter melhor qualidade no atendimento em saúde. Apesar disso, pesquisa que objetivou conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um SHE avaliaram o ACCR evidenciou que, em consequência dos escassos recursos disponíveis na atenção básica, existe dificuldade dos trabalhadores à sua implantação, com prejuízos na qualidade do atendimento.¹⁰

Tabela 4 - Variáveis profissionais associadas à avaliação do ACCR entre trabalhadores de quatro SHEs: Maringá – PR, Londrina – PR, Ourinhos – SP, 2011

Estatística Variáveis	Estrutura		Processo		Resultado		Geral			
	N	%	M*	p**	M*	p**	M*	p**	M*	p**
Tempo na instituição										
< 5 anos	144	45,9	22,0	0,055	22,0	0,006	24,0	0,005	69,0	0,001
≥ 5 anos	170	54,1	21,0		21,0		23,0		64,0	
Tempo em SHE										
< 4 anos	150	47,8	22,0	0,056	23,0	0,006	24,0	0,080	67,0	0,009
≥ 4 anos	164	52,2	21,0		21,0		23,0		65,0	
Hospital ensino										
Sim	216	68,8	21,0	0,003	21,0	0,000	23,0	0,090	65,0	0,000
Não	98	31,2	22,0		23,0		24,0		69,0	
Área de atuação										
Afins	77	24,5	21,0	0,857	22,0	0,540	24,0	0,060	66,0	0,415
Saúde	237	75,5	21,0		22,0		23,0		65,0	
Nível de atuação										
Técnico	222	70,7	21,5	0,134	22,0	0,684	24,0	0,427	65,0	0,371
Superior	92	29,3	21,0		22,0		23,5		66,0	

38* Mediana (M), em pontos. ** Nível descritivo de p-valor (p) para teste Mann-Whitney.

Ao se observar a Figura 1, constata-se que há alta frequência de discordância entre os profissionais dos quatro SHEs (resposta = 2 pontos), especialmente no que se refere ao espaço físico suficiente para acolher o acompanhante (item 5); conhecimento de todos que trabalham no serviço sobre as condutas estabelecidas na diretriz ACCR (item 10) e; que o fluxograma de atendimento é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à sua clareza e objetividade (item 12).

Quanto ao espaço físico, reconhece-se que a planta física inadequada para pacientes e profissionais pode ser reflexo da falta de serviços de regulação no contexto brasileiro.¹¹ Afinal, embora o ACCR permita o direcionamento dos casos não urgentes para os serviços de menor complexidade assistencial, esses usuários continuam a recorrer aos SHEs;^{2,3} e mesmo em serviços que implantaram essa estratégia, nem sempre se classifica o risco de cada caso. Isso é evidenciado em pesquisa que caracterizou os atendimentos do ACCR no SHE de Pelotas-RS e constatou que, entre 5.629 fichas, 39% não foram classificadas no sistema por cores, refletindo uma implantação incompleta do protocolo de ACCR, principalmente no período da tarde.¹²

É importante lembrar que o ACCR tem interface com outros dispositivos da Política Nacional de Humanização, inclusive quanto à ambiência e ao direito a acompanhante. Desse modo, é preciso criar espaços para que se favoreça o direito ao acompanhante, com locais de encontros, diálogos e entretenimento capazes de acolhê-los e acomodá-los nos diversos ambientes das unidades assistenciais, inclusive nos SHEs.⁶

Sobre o conhecimento de todos que trabalham nos SHEs investigados acerca do protocolo do ACCR implantado, bem como da discussão e avaliação periódica do fluxograma de atendimento entre a equipe, é imprescindível que haja mais interação e diálogo entre as chefias e seus subordinados nas diversas áreas de atuação, para envolvimento e mobilização da equipe de saúde, visto o fato de todos os profissionais serem responsáveis pelo acolhimento aos pacientes e seus acompanhantes.

Acresce-se à afirmativa anterior que a falta de entendimento sobre o protocolo e o fluxograma de atendimento do ACCR pode gerar impressões equivocadas entre os próprios profissionais, no sentido de que a prática de acolhimento se limita ao procedimento de classificação de risco. Como exemplo disso, em pesquisa realizada em um SHE público de Porto Alegre-RS, que teve como objetivo conhecer as vivências da equipe de enfermagem em relação ao ACCR, constatou-se que muitos profissionais, embora tivessem conhecimento da proposta do ACCR, demonstraram não compreender a sua abrangência e identificaram-na apenas como uma parte do atendimento, destinada a um local específico.^{13,14}

Em recente publicação que analisou o impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco (ACCR) no trabalho dos profissionais de uma Unidade de Pronto-

-Atendimento de Mossoró-RN, identificaram-se deficiências estruturais e de pessoal, concluindo-se que toda a equipe da instituição deve estar engajada no ACCR, respeitando-se suas normas e rotinas.¹⁵

Ao considerar que houve tendência à neutralidade (resposta = 3 pontos) (Figura 1), a ocorrência de reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no ACCR (item 3) e que os profissionais lotados nesse setor se sentem acolhidos pelos líderes quando apresentam dúvidas e dificuldades em relação ao atendimento no ACCR (item 21), infere-se que a comunicação entre os profissionais dos SHEs investigados se encontra prejudicada. Isso demanda atenção por parte das lideranças, no sentido de promover mais reuniões e/ou meios de comunicação eficazes.

Em contrapartida, na Figura 1 verifica-se também que os sujeitos concordam (resposta = 4 pontos) que os pacientes que não se encontram em estado grave, mas que procuram por atendimento, são avaliados pelo ACCR (item 9); que ao usuário que não necessita de atenção imediata, assim como a seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento (item 18); e que os profissionais que atuam no ACCR contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável (item 8). Outros concordaram plenamente (resposta = 5 pontos) que, no ACCR, os pacientes em estado grave têm atendimento priorizado (item 19). Com base nisso, evidencia-se que as características fundamentais da diretriz ACCR⁶ têm sido realizadas nas instituições pesquisadas.

Sabe-se que a falta de acesso ao atendimento, por promover desconfiância e descrédito nos usuários, é um dos parâmetros que influenciam negativamente na avaliação dos serviços de saúde.¹⁶ Nesse sentido, os usuários que não necessitam de atendimento imediato devem passar pelo ACCR, ser acolhidos e referenciados a uma Unidade Básica de Saúde, especificada no momento do atendimento em SHE.¹⁵ Nesse processo, o usuário deverá ser acompanhado e, se necessário, contrarreferenciado num modelo de atenção integrado.

O SHE ainda se caracteriza como porta de entrada da população à rede de atenção em saúde porque, apesar dos avanços na reorganização do modelo de atenção, como dito anteriormente, os serviços de atenção primária não têm sido suficientes e eficazes no atendimento à saúde da população.^{2,3} Afinal, diferentemente dos serviços de atenção primária, o SHE funciona durante as 24 horas do dia, dispõe de médicos de diversas especialidades em todos os horários e realiza exames laboratoriais e de imagem a qualquer momento, com entrega dos resultados em tempo hábil, para a definição da conduta médica.¹⁷

Com base no exposto, apesar de os SHEs ainda receberem fluxo elevado de usuários que não se encontram em estado grave, o ACCR parece permitir, de fato, a reorganização das filas de espera por prioridade, o que proporciona mais chance

de intervenção terapêutica em tempo hábil e menos prejuízos ao cliente e à sociedade em geral.

A priorização de casos de acordo com a gravidade como premissa do ACCR tem proporcionado mudanças organizacionais e, com isso, na forma de atuação da equipe. Como exemplo disso, investigação realizada num SHE de Santa Catarina obteve resultados que coadunam com o ACCR, porque os participantes reconheciam o ACCR como meio que guia o atendimento com mais agilidade àqueles em estado de doença aguda e que necessitavam de intervenção médica e de enfermagem imediata.¹⁰

Sobre a comparação das medianas por instituição, os resultados da Tabela 3 revelam que existem diferenças estatísticas significativas na avaliação do ACCR, tanto no que se refere às dimensões *donabedianas* como na avaliação geral entre as instituições investigadas. Com isso, torna-se importante analisar aspectos específicos a cada SHE que possam ter influenciado os resultados e, assim, implementar estratégias de melhorias e vigilância contínua para averiguação da sua eficiência e eficácia.

No tocante à Tabela 4, verificam-se melhores resultados da avaliação do ACCR entre aqueles com menos tempo de atuação na instituição e em SHE, enquanto os piores se encontravam nos hospitais de ensino. No que diz respeito às melhores avaliações entre os que possuíam menos experiência, infere-se que isso pode ter relação com a pouca maturidade e/ou menos vivências negativas com processos de mudanças anteriores, o que pode vislumbrar mais otimismo em relação a novas estratégias e modos de se realizar a atenção à saúde.

Em relação às avaliações mais negativas nos hospitais de ensino (Tabela 4), em especial naquelas relacionadas à estrutura ($p=0.003$) e ao processo ($p\text{-valor}=0.000$), pensa-se que esses resultados podem ter sofrido interferência da associação entre atividades assistenciais e didáticas que caracterizam esses locais.

Sabe-se que os hospitais de ensino são os recursos de saúde mais complexos do Sistema Único de Saúde e que realizam os procedimentos mais custosos aos cofres públicos sem, no entanto, deixar de atender à livre demanda, avaliar diferentes tecnologias para melhorar as condições de saúde da população e ser o principal campo de ensino e pesquisa à formação de profissionais da área da saúde e afins.¹⁸ Com base nisso, infere-se que os serviços que privilegiam o ensino tendem à sobrecarga, em razão de que a grande demanda de atividades provenientes do seu campo de atuação exige melhores condições infraestruturais que, ao não tê-las, pode resultar em avaliações negativas por parte dos seus trabalhadores.

Aos futuros estudos sugere-se a ampliação da amostra, tanto em termos quantitativos como aqueles pertinentes à qualificação dos profissionais. Além disso, propõe-se a implementação de ações gerenciais e educativas a todas as categorias profissionais que atuam em SHE, no sentido de envolvê-los nessa nova tecnologia que tem como objetivos a reorganização dos Serviços, a humanização e a efetividade do atendimento.

CONCLUSÃO

A avaliação do ACCR foi realizada por profissionais de diferentes categorias profissionais, especialmente os da Enfermagem (56,7%); trabalhadores com experiência em SHE (média de $7,2\pm 7,6$ anos) e grau de escolaridade que pode ser considerado elevado (43,5%), visto que muitos que ocupam cargos de nível médio possuem nível superior com pós-graduação.

Constatarem-se espaços para melhorias em todas as dimensões *donabedianas*, tendo por base os resultados da avaliação geral dos serviços investigados. Isso porque, apesar de cumprir com alguns dos seus aspectos fundamentais, tal como a priorização de casos graves, o ACCR nesses SHEs ainda carece de espaço físico para o acompanhante e estabelecimento ou fortalecimento das relações interativas entre a equipe multiprofissional.

Como limitação deste estudo, considera-se o baixo percentual de profissionais entrevistados em alguns estratos e o número limitado de serviços avaliados. Concluiu-se que, nos SHEs investigados, a proposta do ACCR como uma diretriz e estratégia institucional ainda carece de investimentos, principalmente porque a estrutura física é inadequada e a equipe multiprofissional ainda não se encontra plenamente integrada com a referida diretriz.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1985.
2. Souza MF, Pinto IC, Figueiredo LA. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(1):13-20.
3. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7):1439-54. [Citado em 2013 fev. 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>.
4. Schuetz P, Hausfater P, Amin D, Haubitz S, Fässler L, Grolimund E, et al. Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. *BMC Emerg Med*. 2013; 13:12. [Citado em 2013 jun. 22]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/13/12>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Brasil. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5):751-7.
8. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 77-125.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação para centros e postos de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.
10. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertocello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Rev Eletrônica Enferm*. 2011; 13(4):597-603. [Citado em 2013 jun. 13]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>.
11. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(5):749-54.

12. Tomberg JO, Cantarelli KJ, Guanilo MEE, Dal Pai D. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013; 12(1):80-7.
 13. Zanelatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(2):358-65.
 14. Dall Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011; 15(3):524-30.
 15. Oliveira KKD, Amorim KKPS, Fernandes APNL, Monteiro AI. Impact of the implementation of patient engagement with risk classification for professional work of one urgent care unit. *REME Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):157-64.
 16. Souza ACC, Moreira TMM, Silva MRF, Almeida PC. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4):535-9.
 17. Barros DM, Sa MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2473-82.
 18. Barata IRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. *RAS*. 2010; 12(46):7-14.
-