

**QUALIDADE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA****QUALITY OF RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION IN THE
EMERGENCY SERVICE****CALIDAD DE ACOGIDA CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS**

Raiane Antunes Sampaio¹, Bruna Lauanne Borges Dias Gomes², Luciana Otoni De Faria³,
Adelmo Martins Rodrigues⁴, Fernanda Costa Nunes⁵, Alessandra Vitorino Naghettini⁶, Bianca
Fachetti Carvalho⁷

Como citar esse artigo: Sampaio RA, Gomes BLBD, Faria LO, Rodrigues AM, Nunes FC, Naghettini AV, Carvalho BF. Qualidade do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2023 [acesso em: ____]; 12(3): e2023102. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.6499>

¹ Doutoranda em Ciências da Saúde e mestrado em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Goiás – UFG. Enfermeira especialista em Docência Universitária e Gestão em Saúde. Docente no curso de medicina da Universidade de Rio Verde – UNIRV. Universidade de Rio Verde, Faculdade de Medicina, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1011-7088>, raiane.sampaio@unirv.edu.br

² Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Goiás, pós-graduada em Urgência e Emergência pelo CEEN. Enfermeira socorrista do SAMU de Goianésia, Goiás. Secretaria Municipal da Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4937-8288>, bruna_lauanne@hotmail.com

³ Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Goiás, pós-graduada em Urgência e Emergência pelo CEEN. Enfermeira socorrista do SAMU de Goianésia, Goiás. Secretaria Municipal de Saúde, Secretária de saúde, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0365-5603>, luotoni2@yahoo.com.br

⁴ Mestre em Produção Vegetal pela UFT, Graduado em Agronomia pela UFT. Faculdade Evangélica, Faculdade de Enfermagem, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5689-5953>, adelmomartinsrodrigues@gmail.com

⁵ Graduada em Psicologia, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde. Especialista em Consultoria e Gestão de Grupos, em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde, em Educação Permanente em Saúde e em Saúde Mental e Dependência Química. Docente do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da UFG e líder do INTEGRUS - Grupo de Investigação, Intervenção e Estudo em Tecnologia Grupal na Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Gerência de Saúde Mental, Goiânia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5036-648X>, ferdsom@gmail.com

⁶ Graduada e mestrado em medicina pela Universidade Federal de Goiás. Residência em Nefrologia Pediatria e doutorado pela Universidade Federal de São Paulo. Especialização em docência no Ensino na Saúde pelo Faimer Institute - Universidade Federal do Ceará. Professora titular da Faculdade de Medicina da UFG, departamento de Pediatria e Programa de pós-graduação ensino na saúde. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Goiânia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2329-6222>, alessandra_naghettini@ufg.br

⁷ Acadêmica do curso de medicina, Universidade de Rio Verde – UNIRV, Campus Goianésia, Goiás. Universidade de Rio Verde, Faculdade de Medicina, Goianésia, Goiás, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/6527563105076812>, <https://orcid.org/0000-0003-0135-2190>, biancafachetti12@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar as dimensões de estrutura, processo e resultado do acolhimento com classificação de risco realizado nas Unidades de Pronto Atendimento. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa, coletados via formulário eletrônico, dividido em duas partes: caracterização do profissional e aplicação do “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco”. **Resultados:** Com base na avaliação por pontuação média em cada dimensão envolvendo os serviços, apenas um deles, alcançou a pontuação de titulação satisfatória na dimensão Processo, com 26,83 e 26,52 para dimensão Resultado. Já no ranking médio total, todas as dimensões receberam titulação precária, de acordo com o escore aplicado. **Conclusões:** Embora os resultados tenham apontado a dimensão Processo e Resultado como satisfatórios para um dos serviços, ainda não é capaz de sugerir qualidade, o que requer melhorias em todas as dimensões, com destaque para treinamentos periódicos aos enfermeiros que desempenham o acolhimento com classificação de risco.

Descritores: Acolhimento; Triagem; Atendimento Pré-Hospitalar; Qualidade; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the dimensions of structure, process and result of the reception with risk classification carried out in the Emergency Care Units. **Method:** This is exploratory research, with a quantitative approach, collected via electronic form, by: characterization of the professional and application of the “Instrument for Assessment of Welcoming with Risk Classification”. **Results:** Based on the average score evaluation in each dimension involving the services, only one of them achieved a satisfactory degree score in the Process dimension, with 26.83 and 26.52 for the Outcome dimension. In the total average ranking, all dimensions received a precarious degree, according to the applied score. **Conclusions:** Although the results indicated the Process and Result dimension as satisfactory for one of the services, it is still not able to suggest quality, which requires improvements in all dimensions, with emphasis on periodic training for nurses who perform the reception with a classification of risk.

Descriptors: Embracement; Screening; Pre-Hospital Care; Quality; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las dimensiones de la estructura, proceso y resultado de la recepción con clasificación de riesgo realizada en las Unidades de Atención de Urgencias. **Método:** se trata de una investigación exploratoria, con enfoque cuantitativo, compilada electrónicamente, mediante: caracterización del profesional y aplicación del "Instrumento de Evaluación de Bienvenida con Clasificación de Riesgo". **Resultados:** Con base en la evaluación del puntaje promedio de las dimensiones de los servicios, solo uno de ellos obtuvo puntajes satisfactorios en la dimensión Procesos, con 26.83 y 26.52 en la dimensión Resultados. En la clasificación general media, todas las dimensiones recibieron una puntuación precaria. **Conclusiones:** Si bien los resultados indicaron la dimensión Proceso y Resultado como satisfactoria para uno de los servicios, aún no es capaz de sugerir calidad, lo que requiere mejoras en todas las dimensiones, con énfasis en la formación periódica de los enfermeros que realizan la recepción con calificación de riesgo.

Descriptores: Recepción; Poner en pantalla; Atención prehospitalaria; Calidad; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Em diversos países o atendimento aos agravos agudos no setor de urgência experimentou nos últimos anos um rápido desenvolvimento, não só do ponto de vista médico profissional, mas também no quesito política de saúde, tendo em vista uma tendência crescente de busca pelo serviço de urgência por pacientes que apresentam queixas variadas.¹⁻³

Para além dos problemas estruturais e econômicos existentes, são descritos os desafios vinculados a organização do serviço que incluem a instalação de fluxos, gerência do setor e relações estabelecidas entre usuário e profissional.⁴

O serviço pré-hospitalar de urgência, é definido como aquele realizado fora do âmbito hospitalar, se dividindo em móvel e fixo. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) consideradas conceitualmente como um serviço pré-hospitalar fixo de urgência, representam especificamente no Brasil, porta de entrada para acesso a outros dispositivos de atenção à saúde tanto no âmbito privado quanto no público.^{1,2,5}

Como estratégia potente para promover a qualidade no atendimento em urgência frente a alta demanda nesse setor, surge o acolhimento com classificação de risco que possibilita a escuta ativa e classificação do usuário de acordo com a

gravidade apresentada, além de estabelecer pactuações de redes e fluxos.⁶

Observa-se dessa forma, que o aumento da demanda nos serviços de urgência, também contribuem para um ambiente hostil e distanciamento da humanização na assistência e acolhimento com classificação de risco.⁷

Tendo em vista o exposto, surgiu a seguinte indagação: O acolhimento com classificação de risco ocorre com qualidade nas UPAs do Centro Norte Goiano? Desta forma, o objetivo desse artigo é avaliar as dimensões de estrutura, processos e resultados do acolhimento com classificação de risco realizado nas UPAs do Centro-Norte Goiano.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa para coleta e análise dos dados. Essa pesquisa foi realizada nas Unidades de Pronto Atendimento consideradas como Serviço Pré-hospitalar Fixo (SPHF) da Macrorregião Centro-Norte do estado de Goiás composta por 05 regionais de saúde. O período para coleta de dados foi de outubro de 2019 a fevereiro de 2020.

No estudo foram incluídas quatro unidades, sendo uma de cada regional da macrorregião em questão, citadas neste trabalho como SPHF I, II, III e IV. Uma das

regionais não foi incluída no estudo por não possuir UPA ativa no período da pesquisa.

Por meio da coordenação, os contatos telefônicos dos enfermeiros das unidades envolvidas foram fornecidos para que fosse realizado o convite de participação na pesquisa, realizada em três tentativas, oferecendo mais informações e possibilitando o fornecimento do link para acesso ao questionário.

Foram convidados para participar da pesquisa a população de 57 enfermeiros dos quatro serviços envolvidos. O Serviço I possuía 30 enfermeiros, 13 concordaram em participar da pesquisa. O Serviço II contava com 10 enfermeiros, destes 5 participaram. O Serviço III possuía 8 enfermeiros, 7 concordaram em participar e do Serviço IV estavam atuantes 9 enfermeiros dos quais 6 participaram da pesquisa, resultando em 31 enfermeiros participantes.

Foram incluídos na pesquisa os enfermeiros que trabalhavam diretamente ou que já tiveram experiência no acolhimento com classificação de risco. Foram excluídos aqueles que não estavam em pleno exercício das funções e enfermeiros com vínculo menor que três meses sem experiência prévia em acolhimento com classificação.

Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico composto por duas

partes, sendo a primeira, caracterização sociodemográfica e profissiográfica dos participantes e a segunda composta pelas questões do “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR” construído e validado por Bellucci Júnior e Matsuda.⁷

O instrumento possui 21 questões com base em três dimensões donabediana de avaliação na saúde (Quadro 1): estrutura (itens de 1 a 7), processo (itens de 8 a 14) e resultado (itens de 15 a 21). Os 21 itens são representados em escala tipo *Likert*, graduada em cinco níveis, que de acordo com a pontuação irá variar de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, representado pelo número 05 a concordância máxima e, número 01 a concordância mínima. As respostas com valores 01 e 02 pontos são consideradas como discordantes, respostas com o valor 03 pontos são considerados nulas ou indiferentes e, valores iguais a 04 ou 05 pontos, são consideradas como concordantes.

O Quadro 1, demonstra as variáveis referente às três dimensões donabediana: a estrutura, processo e resultado do ACCR, envolvidas neste estudo.

Quadro 1. Variáveis vinculados ao ACCR

Estrutura	Processo	Resultado
Instalação onde é prestado o atendimento	Atividades que são realizadas para a oferta do atendimento	Mudanças de comportamento dos usuários
Materiais	Relações estabelecidas entre os profissionais e usuários	Efeitos na saúde obtidos por meio do cuidado recebido
Recursos Humanos		
Estrutura organizacional		
Financeiro		

Os resultados obtidos por meio do instrumento de Acolhimento com Classificação de Risco, foram tabulados utilizando o Software Microsoft® Office Excel, para obtenção do cálculo de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e posterior análise estatística descritiva. Foi utilizado o escore próprio do instrumento para análise das dimensões e avaliação do ACCR quanto a sua qualidade, com a seguinte titulação para

RESULTADOS

Foram avaliados 31 participantes com média de idade de 31 anos (4,8), 94% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino. No que diz respeito a

as dimensões: Ótimo para pontuação média de 31,5 a 35; Satisfatório de 26,2 a 31,4; Precário de 17,5 a 26,1 e Insuficiente para pontuação entre 7 a 17,4.

Como toda pesquisa que envolve seres humanos, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer CAAE: 15988719.4.0000.5078 correspondendo ao que é estabelecido pela resolução 466/12.

formação, 77% possuíam algum tipo de especialização, 13% eram bacharéis e 10% mestres. Quanto ao tempo de experiência em acolhimento a média foi de 6,55 anos (3,42), como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros atuantes no serviço pré-hospitalar fixo

SPHF Variável	I n(%)	II n(%)	III n(%)	IV n(%)	TOTAL n(%)
Sexo					
Masculino	0(0,0)	1(3,23)	0(0,0)	1(3,23)	2(6,45)
Feminino	14(45,16)	3(9,68)	7(22,58)	5(16,13)	29(93,55)
Escolaridade					
Graduação	1(3,23)	0(0,0)	2(6,45)	1(3,23)	4(12,90)
Especialização	10(32,26)	4(12,90)	5(16,13)	5(16,13)	19(77,42)
Mestrado	3(9,68)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(9,68)
Idade (Anos)	32,21± 3,17	28,50± 1,73	27,57± 3,55	36,33± 6,35	31,48 ± 4,86
Tempo EA (meses)*	40,43± 17,75	54,00± 6,93	21,14± 14,18	42,83± 29,59	6,55 ± 3,42

*Tempo de experiência no acolhimento com classificação de risco.

Dimensões Donabediana

De acordo com Donabedian⁸, a avaliação multidimensional da assistência é uma tarefa árdua, pois existe a necessidade de obtenção dos dados mensuráveis capazes de oferecer informações sobre a qualidade da assistência médica. Assim, em seu estudo pontua que os dados podem ser referentes a dimensões de estrutura, resultados ou processos, sendo o principal requisito a sua facilidade de acesso, presença de rotina, dados válidos e mensuráveis.

Ao abordar a qualidade no serviço de saúde, o presente estudo irá considerar pesquisas que utilizaram o método avaliativo de qualidade do ACCR com base em evidências donabedianas que consideram três dimensões, como citadas anteriormente, a Estrutura que corresponde a instalação

onde é prestado o atendimento: materiais, recursos humanos, estrutura organizacional e financeiro; o Processo se refere às atividades que são realizadas para a oferta do atendimento, além das relações estabelecidas entre os profissionais e usuários; e, por fim, o Resultado, que tem a ver com mudanças de comportamento dos usuários e os efeitos na saúde, obtidos por meio do cuidado recebido.⁸

Nesse estudo os resultados por dimensões donabedianas estão vinculadas aos quatro serviços pré-hospitalares fixos pertencentes a macrorregião Centro-Norte de Goiás.

Dimensão Estrutura

Quanto à dimensão Estrutura, esta foi considerada Precária com Pontuação

Média (PM) equivalente a 24,98 (Tabela 2). No item sobre reuniões e treinamentos periódicos voltados aos trabalhadores que atuam no acolhimento com classificação de risco, foi registrada pontuação baixa no *Ranking Médio* (RM) nos quatro serviços investigados (Item 3, RM=2,57; 2,00; 2,33; 1,29) e *Ranking Médio* para Todos (RMT)

de 1,87. A maioria dos itens dessa dimensão apresentaram RMT de neutralidade e concordância ao serem pontuados entre 3 e 4. No quesito sinalização do ambiente o SPHF II (Item 6, RM= 2,50) apresentou nível de discordância, assim como SPHF I (Item 7, RM=2,71) para comunicação entre a equipe.

Tabela 2. Avaliação da dimensão estrutura do acolhimento com classificação de risco nos serviços pré-hospitalares fixos do Centro-Norte Goiano

SPHF [§] - Variável Item/Dimensão	I RM*	II RM	III RM	IV RM	Todos RMT [†]
1 Conforto do usuário/acompanhante	3,21	4,00	3,71	4,17	4,13
2 Ambiência acolhedora	3,79	4,50	4,14	4,67	4,43
3 Treinamento periódico	2,57	2,00	2,33	1,29	1,87
4 Privacidade nas consultas	3,14	3,50	4,67	3,50	3,65
5 Acolhimento do acompanhante	3,57	3,00	3,67	3,29	3,39
6 Sinalização do ambiente	3,29	2,50	3,00	4,33	3,90
7 Comunicação entre a equipe	2,71	3,25	4,50	3,79	3,61
Dimensão Estrutura (PM)[‡]	22,29	22,75	26,02	25,02	24,98

*RM - Ranking médio;

† RMT – Ranking médio de todos;

‡ PM - Pontuação média;

§ SPHF - Serviço Pré-Hospitalar Fixo;

Dimensão Processo

A dimensão Processo, apresentou avaliação Precária no que diz respeito a pontuação média (PM=24,80) quando considerado todos os serviços (Tabela 3).

Porém, apresentou pontuação média de 26,83 para os o SPHF IV de forma isolada, garantindo assim avaliação Satisfatória para Processo nesse serviço específico.

Tabela 3. Avaliação da dimensão processo do acolhimento com classificação de risco nos serviços pré-hospitalares fixos do Centro-Norte Goiano

SPHF [§] - Variável Item/Dimensão	I RM*	II RM	III RM	IV RM	Todos RMT [†]
8 Avaliação dos casos não graves	3,14	4,00	2,86	2,83	3,63
9 Conhecimento das condutas do ACCR	2,86	2,00	3,14	3,17	2,37
10 Relação entre liderança/liderados	2,00	3,25	3,00	4,00	2,77
11 Segurança e conforto do usuário	4,43	4,00	4,14	4,83	4,80

12 Discussão sobre fluxograma	1,86	3,25	2,29	3,17	3,13
13 Atendimento primário por gravidade do caso	3,21	3,25	3,14	4,17	3,93
14 Informação sobre o tempo de espera	4,43	3,75	3,43	4,67	4,16
Dimensão Processo (PM) ‡	21,93	23,50	22,00	26,83	24,80

*RM - Ranking médio;

† RMT – Ranking médio de todos;

‡ PM - Pontuação média;

§ SPHF - Serviço Pré-Hospitalar Fixo;

||ACCR- Acolhimento com Classificação de Risco

Quando questionado sobre o conhecimento dos que trabalham no setor acerca das condutas descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, o SPHF II apresentou maior nível de discordância (Item 9, RM= 2,00) e RMT de 2,37. No que concerne às lideranças e sua comunicação com os profissionais do ACCR, apresentou um baixo nível de concordância (RMT=2,77). Sobre a clareza e objetividade do fluxograma, o SPHF I e III obtiveram RM=1,86 e 2,29 respectivamente, já os outros dois serviços II e IV apresentaram frente essa questão RM=3,25 e 3,17.

O item que trata sobre a contribuição do profissional para que o usuário se sinta seguro e confortável, obteve o maior *ranking* médio final do estudo (Item 11, RMT= 4,80). O atendimento primário ao usuário, de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada (Item 13, RMT=3,93); a passagem de todos os pacientes pelo ACCR, incluindo os não graves (Item 8, RMT=3,63) e a informação prestada sobre o provável tempo de espera

pelo atendimento aos que não correm risco imediato (Item 14, RMT=4,16) demonstraram tendência a neutralidade e concordância frente às questões.

No item 14 quando questionado se o usuário que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento, os SPHF apresentaram RM de 4,43; 3,75; 3,43 e 4,67 respectivamente.

Dimensão Resultado

Quanto a dimensão Resultado, obteve a maior pontuação média (PM=25,45) dentre as anteriores, porém não ficou isenta de receber titulação Precária (Tabela 4). Nessa dimensão o SPHF IV também alcançou a pontuação para titulação Satisfatória (PM=26,52), de forma isolada. O item que trata da reavaliação dos casos em espera apresentou menor *ranking* médio final para essa dimensão (Item 18, RMT=2,67). A contrarreferência, também apresentou níveis de discordância na pontuação final (Item 20, RMT=2,97).

Tabela 4. Avaliação da dimensão resultado do acolhimento com classificação de risco nos serviços pré-hospitalares fixos do Centro-Norte Goiano

SPHF[§] - Variável Item/Dimensão	I RM*	II RM	III RM	IV RM	Todos RMT[†]
15 Equipe treinada	4,14	4,75	3,57	4,67	4,67
16 Humanização do atendimento	2,86	2,25	3,50	3,14	3,03
17 Integração na equipe de saúde	3,29	3,25	3,29	4,00	3,97
18 Reavaliação dos casos em espera	3,36	2,25	2,29	3,50	2,67
19 Priorização dos casos graves	3,86	4,75	4,83	4,57	4,48
20 Contrarreferência	3,14	3,25	3,33	2,64	2,97
21 Satisfação com resultados do ACCR	2,86	3,00	2,71	4,00	3,67
Dimensão Resultado (PM)[‡]	23,50	23,50	23,52	26,52	25,45

*RM - Ranking médio;

[†]RMT – Ranking médio de todos;

[‡]PM - Pontuação média;

[§]SPHF - Serviço Pré-Hospitalar Fixo;

^{||}ACCR- Acolhimento com Classificação de Risco

Apesar do *ranking* médio dos demais itens da dimensão Resultado apresentarem valores de neutralidade e concordância, existem alguns SPHF que apresentaram discordância em alguns itens, como o SPHF I e II, que discordaram que a humanização abordada no item 16, ocorre em todas as etapas do atendimento ao usuário, pontuando respectivamente RM=2,86 e 2,25. Em contrapartida, a priorização dos casos graves (Item19, RMT=4,48) e o treinamento da equipe para atender o usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana (Item 15, RMT=4,67), alcançaram elevada concordância.

No que diz respeito aos profissionais que atuam nesse setor se sentirem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento, o SPHF I (RM=2,86) e III

(2,71) refere certa insatisfação, já o SPHF II (RM=3,00) indica neutralidade e o IV (RM=4,00) satisfação com os resultados do ACCR.

DISCUSSÃO

No presente estudo a avaliação dessas dimensões indicaram precariedade no ACCR nas unidades da macrorregião, como evidenciado em outras pesquisas, nas quais as dimensões Estrutura, Processo e Resultados receberam pontuação média baixa e titulação Precária.^{7, 9-12}

Grande fragilidade foi identificada na dimensão Estrutura no quesito reuniões e treinamentos periódicos voltados aos trabalhadores que atuam no ACCR. Nos quatro serviços investigados foram registrados os piores níveis de concordância no *ranking* médio para todos os serviços

dentre os itens avaliados. Acredita-se que a falta de treinamentos periódicos influencie diretamente na qualidade técnica do profissional e consecutivamente, na qualidade da atenção prestada ao usuário.¹³

A caracterização demográfica dos enfermeiros pesquisados, aponta para o cenário já conhecido nos serviços de saúde do país, onde ocorre o predomínio do sexo feminino, e quando considerado o serviço de urgência, há a predominância de enfermeiros mais jovens nesse setor.⁴

O fato de os serviços de urgência possuírem um quadro de jovens profissionais, não os tornam mais preparados para exercerem o ACCR com base nos conhecimentos emanados da formação acadêmica, uma vez que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem de 2001¹⁴, até então vigorada, não aborda em seu texto a humanização nem tão pouco acolhimento, em detrimento a data de implantação que antecede a Política de Humanização.

Contudo, o Ministério da Saúde^{6, 15}, por meio do HumanizaSUS estabelece como indispensáveis espaços de democratização, diálogo e problematização, além da capacitação específica do profissional de enfermagem de nível superior para exercer as atividades propostas.

Nesse sentido, os serviços investigados requerem maior empenho dos gestores no sentido de oferecer treinamentos e reuniões periódicas, tendo em vista as necessidades inerentes do profissional que se insere em um novo serviço, com inclusão dos que estão na função já há algum tempo.

Referente ao item pertencente a dimensão Processo que aborda a contribuição do profissional para que o usuário se sinta seguro e confortável, foi obtida elevada pontuação no *ranking* médio quanto aos quatro serviços pré-hospitalares fixos e maior nível de concordância em relação a todos os outros itens avaliados, apresentando assim o maior nível de concordância do estudo. Dado interessante a ser correlacionado ao que é considerado segurança não só na ótica do enfermeiro do ACCR. Por isso, é sugerido maior investigação desse item, tendo em vista também a percepção do usuário.

Aqui, verifica-se que a segurança afirmada pelos enfermeiros, possui associação com a ocorrência do atendimento primário ao usuário, de acordo com a gravidade do caso e não de acordo com a ordem de chegada pela passagem de todos os pacientes pelo ACCR, incluindo os não graves e pela informação prestada sobre o provável tempo de espera pelo atendimento aos que não correm risco imediato. Que apesar de níveis não discordantes,

demonstram que ainda há espaços para melhorias nos serviços, consequentemente refletindo no aumento da segurança do paciente.

A priorização no atendimento dos pacientes graves por meio do ACCR apresentou níveis elevados de concordância, considerado um dado de significativa relevância, já que independente do protocolo a ser utilizado, o objetivo da classificação de risco é priorizar a ordem de atendimento de acordo com a gravidade do quadro do paciente, sendo esse mesmo padrão de resultado encontrado em alguns estudos.^{10-11, 16-17}

A afirmação da passagem dos pacientes pelo ACCR, incluindo os não graves abordado no item 8, demonstraram alinhamento com a Política Nacional de Humanização, que pressupõe alcance de todos que procuram os serviços de saúde, com oferta de atendimento responsável e resolutivo, orientando o paciente e a família quanto a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, quando for o caso¹⁴, além da conformidade com a Resolução CFM nº 2.079/14¹⁸, que confirma: “Todo paciente com agravo à saúde que tiver acesso à UPA deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico”.

A comunicação assertiva no processo de classificação de risco é essencial, devendo garantir ao paciente compressão da sua condição e necessidade de espera.² Os dados da pesquisa apontam que os usuários que não correm risco imediato, assim como aos seus familiares, são informados sobre o tempo provável de espera pelo atendimento, em convergência com Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, onde recomenda que os serviços de urgência garantam tal informação.⁶

Quando questionado sobre às condutas a serem tomadas descritas no protocolo de ACCR serem conhecidas por todos que trabalham no setor, o SPHF IV apresentou maior nível de discordância e *ranking* médio total de 2,37. O achado de profissionais que desconhecem o protocolo, deixa comprometida a classificação de risco, já que os protocolos são ferramentas norteadoras da ação profissional, e que sua implementação é fundamental para obter sucesso no processo de classificação de risco como um todo.²

Não se pode negar que existam alguns aspectos de subjetividade na tomada de decisão para classificar risco dos usuários, levando em conta experiências e sensibilidade profissional, podendo ser atrelados a particularidades dos usuários ou até mesmo por limitações do serviço onde os profissionais responsáveis pela classificação

estão inseridos.¹⁰ Porém, a falta de domínio do protocolo instituído na unidade, como guia de orientação técnica e raciocínio lógico, pode levar a uma desvalorização ou sobrevalorização na mensuração do risco, comprometendo assim a qualidade e segurança de todo o processo.¹¹ A junção de ambos saberes, conhecimento técnico-científico relativo à razão e a subjetividade relativa às percepções pessoais, exprime a complexidade da ação de avaliação de risco, e o seu devido balanceamento irá ditar a qualidade da tomada de decisão do profissional classificador.

Ainda na dimensão Processo, no que concerne às lideranças e sua comunicação com os profissionais do ACCR, apresentou um baixo nível de concordância no *ranking* final, o que identifica a ausência de relação democrática estabelecida entre liderança e liderados. Dessa forma o achado age em oposição ao instituído pelo Ministério da Saúde¹⁵, que por meio do HumanizaSUS estabelece que deve haver espaços de democratização, diálogo e problematização nos serviços de saúde com estímulo a acolher também o profissional.

A escassez de comunicação entre liderança e liderado também foi evidenciada no quesito discussão sobre clareza e objetividade do fluxograma. A instituição de fluxos e sua revisão periódica são condicionantes para a qualidade da

classificação de risco, e vale ressaltar, que a experiência do profissional classificador pode gerar uma rica contribuição, visto que esses profissionais estão imersos rotineiramente nos serviços, e podem ser conhecedores das peculiaridades e gargalos que limitam a eficiência do processo de classificação de risco.⁴

Na dimensão Resultado, o item sobre a reavaliação dos casos em espera apresentou menor *ranking* médio final para essa dimensão. Em concordância a esse resultado encontrado tem-se o estudo de Inoue et al.¹², que cita a importância em sensibilizar os profissionais que trabalham no ACCR como um processo dinâmico, em que é necessário atentar-se à evolução dos casos. Na pesquisa realizada por Bellucci Júnior et al.¹⁹, observou-se que a implantação do ACCR trouxe melhorias na qualidade ao atendimento, tendo como um dos pilares a reavaliação dos casos, mas esse processo não foi mantido e não ocorre regularmente segundo 47,42% dos pesquisados.

O estudo de Hermida et al.¹¹, cita a alta demanda de pacientes e a sobrecarga dos profissionais por falta de quantitativo de recursos humanos suficiente como as principais causas da falta de reavaliação. Fica claro que, apesar da melhoria efetiva e mensurável da qualidade do ACCR com a reavaliação dos casos, ainda assim é

necessário a mobilização e sensibilização dos profissionais para que essa parte do processo ocorra.

Considerado um grande desafio no serviço de emergência, nesse estudo a superlotação pode ser justificada pelo valor final do RMT=2,97, referente a falta de encaminhamento de casos de baixa complexidade para a atenção básica de saúde.

É de comum acordo em estudos sobre a temática que a fragilidade dos sistemas de referência e contrarreferência faz com que a atenção básica deixe de exercer seu papel de reguladora e ordenadora da rede. O serviço de urgência é a principal porta de entrada para os outros pontos de atenção à saúde, o que leva à superlotação por usuários que não possuem o perfil desses serviços, sobrecarregando os profissionais e prejudicando a agilidade e qualidade do atendimento aos pacientes com quadros agudos e graves.^{4-5, 10, 12, 19-20}

Apesar do *ranking* médio dos demais itens da dimensão Resultado apresentarem valores de neutralidade e concordância, existem alguns serviços que merecem atenção, como o SPHF I e II, que foi evidenciado níveis de discordância quando questionado se na unidade a humanização no atendimento se faz presente em todas as etapas do atendimento ao

usuário. Ainda nesse quesito, foi questionado sobre os treinamentos para atender ao usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana, este por sua vez apresentou alto nível de concordância para a ação em questão.

O achado revela profissionais que atuam no ACCR treinados para atendimento acolhedor e humano, porém o atendimento nesse quesito apresenta-se falho pela equipe, ao passo que a humanização não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário, o que pode comprometer todo o processo de resolução do problema trazido pelo indivíduo.

A Política Nacional de Humanização, atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas tendo como um de seus conceitos norteadores o acolhimento, que trata de reconhecer a legitimidade e singularidade das necessidades de saúde de cada indivíduo. Diante disso, fica evidente que acolher configura-se na assistência e escuta qualificada com verificação detalhada do que o usuário carrega consigo, considera as queixas para melhor resolução dos problemas, sendo o acolhimento e a humanização elementos indissociáveis e aplicados por toda equipe multiprofissional.¹⁵

Observando a insatisfação do profissional que atua nesse setor, evidenciado principalmente pelo SPHF I e

III, pode ser justificada pela alta demanda que não condiz com o quantitativo da equipe, sobrecarregando os profissionais desse setor e consecutivamente, levando a condições de trabalho estressantes e reclusas.¹⁰

Em suma, o *ranking* médio dos itens presentes nas dimensões, demonstrou em sua maioria neutralidade e concordância ao serem pontuados entre 3 e 4 respectivamente. Pesquisa cujo resultado corrobora com o achado, julga que mesmo com dificuldade de implantação e execução do ACCR, esse resultado pode estar relacionado com uma percepção positiva dos enfermeiros sobre o instrumento.¹⁹ Ou ainda, os resultados encontrados podem estar relacionados a insegurança acerca daquilo que é conhecido com propriedade sobre o acolhimento com classificação de risco, gerando neutralidade nas respostas.

CONCLUSÃO

A qualidade do serviço observada por meio das dimensões estrutura, processo e resultado, identificou que o Centro-Norte Goiano apresenta o acolhimento com classificação de risco precário nos serviços pré-hospitalares fixos analisados. Embora os resultados tenham apontado a dimensão Processo e Resultado como satisfatórios para um dos serviços, ainda não é apresentado de forma unânime para a macrorregião.

A falta de treinamentos periódicos aos enfermeiros que desempenham a atividade de acolhimento com classificação de risco, é um fato que pode ser a causa de resultados insatisfatórios na prática dos serviços analisados. Assim, é observada necessidade de melhorias sobre as atividades que são realizadas para a oferta do atendimento, relações estabelecidas entre os profissionais e usuários, e os efeitos na saúde obtidos por meio da atenção recebida, de forma que permita a mudança da realidade e aumento da qualidade do serviço.

Considera-se que os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados, pois foram obtidos em um momento pontual e não a longo prazo, além da quantidade reduzida de participantes, estrutura física e sistema de classificação de risco distintos nas unidades. O acolhimento com classificação de risco propõe avaliações contínuas de estruturas, processos e resultados nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, é preciso investir em monitoramento contínuo do serviço com adoção de instrumentos que verifiquem a qualidade do serviço, para melhorias nos SPHF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção às Urgências [Internet]. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde;

- 2006 [citado em 5 fev 2020]. (Série E. Legislação de Saúde). 256 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 15 jul 2023]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-4/redes-de-atencao-a-saude-1/rede-de-urgencia-e-emergencia/upa/5781-portaria-n-1-020-de-13-de-maio-de-2009-1/file>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 20 mar 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
4. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM, Marcon SS. Analysis of the emergency hospital patient flow: a case study. *Rev Eletrônica Enferm.* [Internet] 2015 [citado em 6 fev 2020]; 17(1):108-16. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/23823/20827>
5. Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM. Manchester protocol and user population in the risk assessment: the nurse's view. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 6 fev 2020]; 31(2):e16949. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v31n2/en_1984-0446-rbaen-rbev31i216949.pdf
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 15 set 2023]. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
7. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Deployment of the system user embracement with classification and risk assesment and the use flowchat analyzer. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2012 [citado em 6 fev 2020]; 21(1):217-25. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072012000100025&lng=pt&nrm=iso&tln_g=en
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* [Internet] 2005 [citado em 20 mar 2020]; 83(4):691-729. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
9. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci Júnior JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda L M. Admittance of risk-classified cases: assessment of hospital emergency services. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2015 [citado em 6 fev 2020]; 19(3): 491-7. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0491.pdf
10. Droguett TC, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência. *Rev Enferm UFSM* [Internet] 2018 [citado em 6 fev 2020]; 8(3):518-29. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28748/pdf>
11. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2018 [citado em 6 fev 2020]; 52:e03318. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en_0080-6234-reeusp-S1980-220X2017001303318.pdf
12. Inoue KC, Bellucci-Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Evaluation of quality of risk classification in emergency

services. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2015 [citado em 6 fev 2020]; 28(5):420-5.

Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/en_1982-0194-ape-28-05-0420.pdf

13. Pupulim JSL, Sawada NO. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012 [citado em 20 fev 2020]; 65(4):621-9. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400011

14. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº.3, de 07 novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília, DF: CNE; 2001 [citado em 15 set 2023]. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CE03.pdf>

15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma estético no fazer saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf

16. Duro CLM, Lima MADS, Weber LAF. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 6 fev 2020]; 21:e-1062. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v21/1415-2762-reme-20170072.pdf>

17. Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o Escore Mews. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 20 fev 2020]; 22:e-1077. Disponível em:

<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v22/1415-2762-reme-22-e1077.pdf>

18. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.079/2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades

[Internet]. Brasília, DF: CFM; 2014 [citado em 20 mar 2020]. Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>

18. 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* [Internet]. 2015 [citado em 6 fev 2020], 23(1):82-7.

doi:<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4976>

19. Lacerda ASB, Sauthler M, Paes GO, Teixeira ER. Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2019 [citado em 20 fev 2020]; 72(6):1572-80. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000601496&script=sci_arttext&tlng=pt

RECEBIDO: 31/10/22

APROVADO: 30/07/23

PUBLICADO: 10/2023