

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

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 este artículo: Sampaio RA, Gomes BLBD, Faria LO, Rodrigues AM, Nunes FC, Naghettini AV, Carvalho BF. Calidad de acogida con clasificación de riesgo en el servicio de urgencias. Rev Enferm Atención Saúde [Internet]. 2023 [acceso en: ____]; 12(3): e2023102. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.6499>

¹ Estudiante de doctorado en Ciencias de la Salud y maestría en Enseñanza de la Salud por la Universidad Federal de Goiás – UFG. Enfermero especialista en Docencia Universitaria y Gestión en Salud, Profesor del curso de medicina de la Universidad de Rio Verde – UNIRV. Universidad de Rio Verde, Facultad de Medicina, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1011-7088>, raiane.sampaio@unirv.edu.br

² Enfermero egresado de la Universidad Estatal de Goiás, posgrado en Urgencia y Emergencia del CEEN. Enfermero de urgencias del SAMU de Goianésia, Goiás. Secretaría Municipal de Salud, Servicio Móvil de Atención de Emergencias, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4937-8288>, bruna_lauanne@hotmail.com

³ Enfermero egresado de la Universidad Estatal de Goiás, posgrado en Urgencia y Emergencia del CEEN. Enfermero de urgencias del SAMU de Goianésia, Goiás. Secretaría Municipal de Salud, Secretaría de Salud, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0365-5603>, luotoni2@yahoo.com.br

⁴ Magíster en Producción Vegetal por la UFT, Licenciado en Agronomía por la UFT. Faculdade Evangelica, Facultad de Enfermería, Goianésia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5689-5953>, adelmomartinsrodrigues@gmail.com

⁵ Licenciada en Psicología, Magíster y Doctora en Ciencias de la Salud, Especialista en Consultoría y Gestión de Grupos, en Micropolítica de la Gestión y el Trabajo en Salud, en Educación Permanente en Salud y en Salud Mental y Dependencia Química. Profesor del Departamento de Salud Pública del Instituto de Patología Tropical y Salud Pública de la UFG y líder del INTEGRUS - Grupo de Investigación, Intervención y Estudio sobre Tecnología Grupal en Salud. Departamento de Salud del Estado de Goiás, Gestión de Salud Mental, Goiânia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5036-648X>, ferdsom@gmail.com

⁶ Licenciado y magíster en medicina por la Universidad Federal de Goiás, residencia en Nefrología Pediátrica y doctorado por la Universidad Federal de São Paulo. Especialización en docencia en Educación para la Salud por el Instituto Faimer - Universidad Federal de Ceará. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la UFG, departamento de Pediatría y programa de posgrado en educación para la salud. Universidad Federal de Goiás, Facultad de Medicina, Goiânia, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2329-6222>, alessandra_naghettini@ufg.br

⁷ Estudiante de Medicina, Universidad de Rio Verde – UNIRV, Campus Goianésia, Goiás. Universidad de Rio Verde, Facultad de Medicina, Goianésia, Goiás, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/6527563105076812>, <https://orcid.org/0000-0003-0135-2190>, biancafachetti12@gmail.com

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.

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.

INTRODUCCIÓN

En varios países, la atención de enfermedades agudas en el sector de urgencias ha experimentado un rápido desarrollo en los últimos años, no sólo desde el punto de vista médico profesional, sino también en términos de política sanitaria, dada una tendencia creciente a buscar servicios de urgencia para los pacientes que presentan quejas variadas.¹⁻³

Además de los problemas estructurales y económicos existentes, se describen desafíos vinculados a la organización del servicio, incluyendo la instalación de flujos, la gestión del sector y las relaciones establecidas entre usuario y profesional.⁴

El servicio de urgencia prehospitalario se define como aquel que se realiza fuera del ámbito hospitalario, dividiéndose en móvil y fijo. Las Unidades de Atención de Emergencia (UPA), conceptualmente consideradas como un servicio prehospitalario fijo de emergencia, representan específicamente, en Brasil, una puerta de acceso para otros dispositivos de atención de salud tanto en el ámbito público como privado.^{1,2,5}

Como poderosa estrategia para promover la calidad en la atención de urgencias ante la alta demanda de este sector, se perfila la acogida con clasificación de riesgo, que permite la escucha activa y la

clasificación de los usuarios según la gravedad que presentan, además de establecer acuerdos de red y flujos.⁶

Se puede observar, por tanto, que el aumento de la demanda en los servicios de emergencia también contribuye a un ambiente hostil y alejamiento de la humanización en la asistencia y acogida con clasificación de riesgo.⁷

En vista de lo anterior, surgió la siguiente pregunta: ¿La recepción clasificada de riesgo ocurre con calidad en las UPA del Centro Norte de Goiás? Por lo tanto, el objetivo de este artículo es evaluar las dimensiones de estructura, procesos y resultados de la recepción con clasificación de riesgo realizada en las UPA del Centro-Norte de Goiano.

MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio, con un enfoque cuantitativo en la recolección y análisis de datos. Esta investigación se realizó en Unidades de Atención de Emergencia consideradas Servicio Prehospitalario Fijo (SPHF) de la Macrorregión Centro-Norte del estado de Goiás, compuesta por 05 regiones sanitarias. El período de recolección de datos fue de octubre de 2019 a febrero de 2020.

El estudio incluyó cuatro unidades, una de cada región de la macrorregión en cuestión, citadas en este trabajo como FESP

I, II, III y IV. Una de las regiones no fue incluida en el estudio porque no contaba con una UPA activa durante el período de investigación.

Mediante coordinación se facilitaron los contactos telefónicos de enfermeras de las unidades implicadas para que se pudiera realizar una invitación a participar en la investigación, realizada en tres intentos, ofreciendo más información y permitiendo facilitar el enlace de acceso al cuestionario.

Se invitó a participar de la investigación una población de 57 enfermeros de los cuatro servicios involucrados. Servicio Conté con 30 enfermeras, 13 aceptaron participar en la investigación. El Servicio II contó con 10 enfermeras, de las cuales participaron 5. El Servicio III contó con 8 enfermeras, 7 aceptaron participar y el Servicio IV contó con 9 enfermeras trabajando, de las cuales 6 participaron en la investigación, resultando 31 enfermeras participantes.

Fueron incluidos en la investigación enfermeros que actuaban directamente o que tenían experiencia en recepción con clasificación de riesgo. Se excluyeron quienes no estuvieran desempeñando plenamente sus funciones y los enfermeros con contrato inferior a tres meses sin experiencia previa en recepción con clasificación.

Los datos fueron recolectados mediante un formulario electrónico compuesto por dos partes, siendo la primera la caracterización sociodemográfica y profesional de los participantes y la segunda compuesta por las preguntas del “Instrumento de Evaluación de la Acogida con Clasificación de Riesgos”.- ACCR”construido y validado por Bellucci Júnior y Matsuda.⁷

El instrumento consta de 21 preguntas basadas en tres dimensiones donabedianas de la evaluación de la salud (Cuadro 1): estructura (ítems 1 a 7), proceso (ítems 8 a 14) y resultado (ítems 15 a 21). Los 21 ítems están representados en una escala Likert, graduada en cinco niveles, que según la puntuación variará desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, representada por el número 05 como máximo acuerdo y el número 01 como mínimo acuerdo. Las respuestas con valores de 01 y 02 puntos se consideran discordantes, las respuestas con valor de 03 puntos se consideran nulas o indiferentes y los valores iguales a 04 o 05 puntos se consideran concordantes.

La Tabla 1 muestra las variables referidas a las tres dimensiones donabedianas: estructura, proceso y resultado de la ACCR, involucradas en este estudio.

Tabla 1. Variables vinculadas a ACCR

Estructura	Proceso	Resultado
Instalación donde se presta el servicio	Actividades que se realizan para prestar el servicio.	Cambios en el comportamiento del usuario.
Materiales	Relaciones establecidas entre profesionales y usuarios	Efectos sobre la salud obtenidos a través de la atención recibida
Recursos humanos		
Estructura organizacional		
Financiero		

Los resultados obtenidos a través del instrumento de Recepción con Clasificación de Riesgos fueron tabulados utilizando el Software Microsoft® Office Excel, para obtener el cálculo de frecuencia absoluta y relativa, medidas de tendencia central y posterior análisis estadístico descriptivo. Se utilizó la puntuación del propio instrumento para analizar las dimensiones y evaluar la ACCR en cuanto a su calidad, con la siguiente titulación para

RESULTADOS

Fueron evaluados 31 participantes con edad promedio de 31 años (4,8), el 94% de los profesionales de enfermería eran del sexo femenino. En cuanto a la formación, el

las dimensiones: Excelente para una puntuación promedio de 31,5 a 35; Satisfactorio de 26,2 a 31,4; Precario de 17,5 a 26,1 e Insuficiente para una puntuación entre 7 y 17,4.

Como toda investigación que involucra seres humanos, este estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación, con dictamen CAAE: 15988719.4.0000.5078 correspondiente a lo establecido por la resolución 466/12.

77% tenía algún tipo de especialización, el 13% tenía título de licenciatura y el 10% maestría. En cuanto a la experiencia en recepción, la media fue de 6,55 años (3,42), como se muestra en la tabla 1.

Tabla1. Caracterización del enfermero que actúa en el servicio prehospitalario fijo.

SPHF Variable	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)
Femenino	14(45,16)	3(9,68)	7(22,58)	5(16,13)	29(93,55)
Educación					
Graduación	1(3,23)	0(0,0)	2(6,45)	1(3,23)	4(12,90)
Especialización	10(32,26)	4(12,90)	5(16,13)	5(16,13)	19(77,42)
Maestría	3(9,68)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(9,68)
	32,21	28,50	27,57	36,33	31,48 4,86±
Edad (años)	3,17±	1,73±	3,55±	6,35±	
	40,43	54,00	21,14	42,83	6,55 3,42±
Tiempo de EA (meses)*	17,75±	6,93±	14,18±	29,59±	

*Tiempo de experiencia en recepción con clasificación de riesgo.

Dimensiones donabedianas

Según Donabedian⁸, la evaluación multidimensional de la atención es una tarea ardua, ya que existe la necesidad de obtener datos medibles capaces de ofrecer información sobre la calidad de la atención médica. Así, en su estudio señala que los datos pueden referirse a dimensiones de estructura, resultados o procesos, siendo el principal requisito la facilidad de acceso, la presencia de datos rutinarios, válidos y medibles.

Al abordar la calidad en el servicio de salud, el presente estudio considerará investigaciones que utilizaron el método de evaluación de la calidad de la ACCR basado en evidencia donabediana que considera tres dimensiones, como se mencionó anteriormente, la Estructura que corresponde

al establecimiento donde se brinda el servicio: materiales, humanas. recursos, estructura organizacional y financiera; el Proceso se refiere a las actividades que se realizan para brindar atención, además de las relaciones que se establecen entre profesionales y usuarios; y, finalmente, el Resultado, que tiene que ver con los cambios en el comportamiento de los usuarios y los efectos en la salud, obtenidos a través de la atención recibida.⁸

En este estudio, los resultados por dimensiones donabedianas están vinculados a los cuatro servicios prehospitalarios fijos pertenecientes a la macrorregión Centro-Norte de Goiás.

Dimensión de la estructura

En cuanto a la dimensión Estructura, fue considerada Precaria con un Puntaje Promedio (PM) equivalente a 24,98 (Tabla 2). En el artículo sobre reuniones y capacitaciones periódicas dirigidas a los trabajadores que laboran en recepción con clasificación de riesgo, se registró un puntaje bajo en el Ranking Promedio (RM) en los cuatro servicios investigados (Ítem 3,

RM=2,57; 2,00; 2,33; 1, 29) y Promedio Ranking para Todos (RMT) de 1,87. La mayoría de los ítems de esta dimensión presentaron un RMT de neutralidad y acuerdo al puntuarse entre 3 y 4. En cuanto a la señalización ambiental, el SPHF II (Ítem 6, RM= 2,50) presentó un nivel de desacuerdo, al igual que el SPHF I (Ítem 7)., RM=2,71) para la comunicación entre el equipo.

Tabla 2. Evaluación de la dimensión de la estructura de acogida con clasificación de riesgo en los servicios prehospitalarios fijos del Centro-Norte de Goiano

SPHF [§] - Variable Artículo/Dimensión	I RM*	II RM	III RM	IV RM	Todo RMT [†]
1 Comodidad para el usuario/acompañante	3.21	4.00	3.71	4.17	4.13
2 Ambiente acogedor	3.79	4.50	4.14	4.67	4.43
3 Entrenamiento periódico	2.57	2.00	2.33	1.29	1,87
4 Privacidad en las consultas	3.14	3.50	4.67	3.50	3.65
5 Recepción de acompañantes	3.57	3.00	3.67	3.29	3.39
6 Señalización ambiental	3.29	2.50	3.00	4.33	3.90
7 Comunicación entre el equipo	2.71	3.25	4.50	3.79	3.61
Dimensión de la estructura (PM)[‡]	22.29	22,75	26.02	25.02	24,98

*RM - Clasificación promedio;

†RMT – Clasificación promedio de todos;

‡PM - Puntuación media;

§SPHF - Servicio Prehospitalario Fijo;

Dimensión del proceso

La dimensión Proceso presentó valoración de Precaria con respecto al puntaje promedio (PM=24,80) al considerar todos los servicios (Tabla 3). Sin embargo,

presentó un puntaje promedio de 26,83 para el SPHF IV de forma aislada, garantizando así una evaluación Satisfactoria del Proceso en este servicio específico.

Tabla 3. Evaluación de la dimensión del proceso de acogida con clasificación de riesgo en servicios prehospitalarios fijos del Centro-Norte de Goiano

SPHF[§]- Variable Artículo/Dimensión	I RM*	II RM	III RM	IV RM	Todo RMT[†]
8 Evaluación de casos no graves	3.14	4.00	2,86	2.83	3.63
9 Conocimiento de la conducta de la ACCR	2,86	2.00	3.14	3.17	2.37
10 Relación entre liderazgo/seguidores	2.00	3.25	3.00	4.00	2.77
11 Seguridad y comodidad del usuario	4.43	4.00	4.14	4.83	4.80
12 Discusión sobre el diagrama de flujo	1,86	3.25	2.29	3.17	3.13
13 Atención primaria por gravedad de los casos	3.21	3.25	3.14	4.17	3.93
14 Información del tiempo de espera	4.43	3.75	3.43	4.67	4.16
Dimensión del proceso (PM)[‡]	21,93	23.50	22.00	26,83	24.80

*RM - Clasificación promedio;

†RMT – Clasificación promedio de todos;

‡PM - Puntuación media;

§SPHF - Servicio Prehospitalario Fijo;

||ACCR- Recepción con Clasificación de Riesgo

Al ser consultado sobre el conocimiento de quienes laboran en el sector sobre las conductas descritas en el protocolo de Recepción con Clasificación de Riesgo, SPHF II presentó el mayor nivel de inconformidad (Ítem 9, RM= 2,00) y RMT de 2,37. Respecto a los líderes y su comunicación con los profesionales de la ACCR, hubo un nivel de acuerdo bajo (RMT=2,77). En cuanto a la claridad y objetividad del diagrama de flujo, SPHF I y III obtuvieron RM=1,86 y 2,29 respectivamente, mientras que los otros dos servicios II y IV presentaron esta problemática con RM=3,25 y 3,17.

El ítem que trata sobre la contribución del profesional para que el

usuario se sienta seguro y cómodo obtuvo la puntuación media final más alta del estudio (Ítem 11, RMT= 4,80). Atención primaria al usuario, según la gravedad del caso y no según el orden de llegada (Ítem 13, RMT=3,93); se demostró el paso de todos los pacientes por la ACCR, incluidos los pacientes no graves (Ítem 8, RMT=3,63) y la información proporcionada sobre el tiempo de espera probable para la atención de aquellos que no están en riesgo inmediato (Ítem 14, RMT=4,16). una tendencia hacia la neutralidad y el acuerdo respecto de los temas.

En el ítem 14, al ser consultado si los usuarios que no están en riesgo inmediato, así como sus familiares, están

informados sobre el tiempo probable de espera para la atención, la SPHF presentó una RM de 4,43; 3,75; 3,43 y 4,67 respectivamente.

Dimensión de resultado

En cuanto a la dimensión Resultado, obtuvo el puntaje promedio más alto (PM=25,45) entre las anteriores, pero no quedó exenta de recibir el título de Precario

(Tabla 4). En esta dimensión, SPHF IV también alcanzó la puntuación de titulación Satisfactoria (PM=26,52), de forma aislada. El ítem que trata sobre la reevaluación de casos en espera presentó el puntaje promedio final más bajo para esta dimensión (Ítem 18, RMT=2,67). La contrarreferencia también presentó niveles de desacuerdo en la puntuación final (Ítem 20, RMT=2,97).

Tabla 4. Evaluación de la dimensión resultado de acogida con clasificación de riesgo en servicios prehospitalarios fijos del Centro-Norte de Goiano

SPHF [§] - Variable Artículo/Dimensión	I RM*	II RM	III RM	IV RM	Todo RMT [†]
15 equipo capacitado	4.14	4.75	3.57	4.67	4.67
16 Humanización del cuidado	2,86	2.25	3.50	3.14	3.03
17 Integración en el equipo sanitario	3.29	3.25	3.29	4.00	3.97
18 Reevaluación de casos en espera	3.36	2.25	2.29	3.50	2.67
19 Priorización de casos graves	3.86	4.75	4.83	4.57	4.48
20 Contrarreferencia	3.14	3.25	3.33	2.64	2,97
21 Satisfacción con los resultados de la ACCR	2,86	3.00	2.71	4.00	3.67
Dimensión de resultado (PM)[‡]	23.50	23.50	23,52	26,52	25.45

*RM - Clasificación promedio;

†RMT – Clasificación promedio de todos;

‡PM - Puntuación media;

§SPHF - Servicio Prehospitalario Fijo;

||ACCR- Recepción con Clasificación de Riesgo

A pesar de la calificación promedio de los demás ítems de la dimensión Resultado presentando valores de neutralidad y acuerdo, hay algunos SPHF que presentaron desacuerdo en algunos ítems, como los SPHF I y II, que no estuvieron de acuerdo en que la humanización abordada en el ítem 16 ocurra en todas las etapas del proceso de atención

al usuario, puntuando respectivamente RM=2,86 y 2,25. Por otro lado, la priorización de casos graves (Ítem 19, RMT=4,48) y la capacitación del equipo para atender al usuario y acompañante de manera acogedora y humana (Ítem 15, RMT=4,67), lograron alta concordancia.

Respecto a los profesionales que laboran en este sector se sienten satisfechos

con la implementación de la Acogida con Clasificación de Riesgo en la atención, el SPHF I (RM=2,86) y el III (2,71) reportan cierta insatisfacción, mientras que el SPHF II (RM=3,00) indica neutralidad y el IV (RM=4,00) indica satisfacción con los resultados de la ACCR.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la evaluación de estas dimensiones indicó precariedad en la ACCR en las unidades de la macrorregión, como se evidencia en otras investigaciones, en las que las dimensiones Estructura, Proceso y Resultados recibieron un puntaje promedio bajo y se denominaron Precarias.^{7,9-12}

Se identificó una gran debilidad en la dimensión Estructura en términos de reuniones periódicas y capacitaciones dirigidas a los trabajadores que laboran en la ACCR. En los cuatro servicios investigados, los peores niveles de acuerdo se registraron en la clasificación promedio de todos los servicios entre los ítems evaluados. Se cree que la falta de capacitación periódica influye directamente en la calidad técnica del profesional y, posteriormente, en la calidad de la atención brindada al usuario.¹³

La caracterización demográfica de los enfermeros encuestados apunta al escenario ya conocido en los servicios de salud del país, donde hay predominio del

sexo femenino, y cuando se considera el servicio de emergencia, hay predominio de enfermeros más jóvenes en este sector.⁴

El hecho de que los servicios de emergencia cuenten con un plantel de profesionales jóvenes no los hace más preparados para ejercer la ACCR a partir de los conocimientos emanados de la formación académica, ya que las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de la Carrera de Graduación en Enfermería de 200114, hasta entonces vigentes, no aborda la humanización en su texto ni en su recepción, en detrimento de la fecha de implementación que antecede a la Política de Humanización.

Sin embargo, el Ministerio de Salud⁶, 15, a través de HumanizaSUS, establece como esenciales espacios de democratización, diálogo y problematización, además de la formación específica de profesionales de enfermería de educación superior para la realización de las actividades propuestas.

En este sentido, los servicios investigados requieren un mayor compromiso por parte de los directivos para ofrecer formación y reuniones periódicas, teniendo en cuenta las necesidades inherentes del profesional que se incorpora a un nuevo servicio, con la inclusión de quienes ya llevan tiempo en el cargo.

En cuanto al ítem perteneciente a la dimensión Proceso que aborda la contribución del profesional para que el usuario se sienta seguro y cómodo, se obtuvo una puntuación alta en el ranking promedio para los cuatro servicios prehospitalarios fijos y un mayor nivel de acuerdo con relación a todos los demás ítems evaluados, presentando así el mayor nivel de acuerdo en el estudio. Datos interesantes para correlacionar con lo que se considera seguridad no sólo desde la perspectiva del enfermero ACCR. Por lo tanto, se sugiere una mayor investigación de este ítem, teniendo también en cuenta la percepción de los usuarios.

Aquí, parece que la seguridad afirmada por los enfermeros está asociada a la ocurrencia de atención primaria al usuario, según la gravedad del caso y no según el orden de llegada para el paso de todos los pacientes por la ACCR, incluidos los no - grave y la información proporcionada sobre el tiempo de espera probable para la atención de quienes no están en riesgo inmediato. A pesar de que los niveles no son discordantes, demuestran que todavía hay margen de mejora en los servicios, lo que en consecuencia se traduce en una mayor seguridad del paciente.

La priorización de la atención al paciente crítico a través de la ACCR mostró altos niveles de acuerdo, considerado un

dato de significativa relevancia, ya que independientemente del protocolo a utilizar, el objetivo de la clasificación de riesgo es priorizar el orden de atención según la gravedad. .del estado del paciente, con este mismo patrón de resultados encontrado en algunos estudios.^{10-11, 16-17}

La afirmación del paso de pacientes por la ACCR, incluidos los no graves discutidos en el ítem 8, demostró alineación con la Política Nacional de Humanización, que presupone llegar a todo aquel que busca servicios de salud, ofreciendo una atención responsable y resuelta, orientando al paciente. y la familia respecto de otros servicios de salud para la continuidad de la atención, cuando corresponda¹⁴, además del cumplimiento de la Resolución CFM nº 2.079/1418, que confirma: “Todo paciente con un problema de salud que tenga acceso a la UPA debe, obligatoriamente, ser atendido por un médico, no pudiendo ser despedido ni remitido a otra unidad de salud por otro profesional que no sea el médico”.

La comunicación asertiva en el proceso de clasificación de riesgo es fundamental y debe garantizar que el paciente comprenda su condición y necesidad de esperar.² Los datos de la investigación indican que los usuarios que no están en riesgo inmediato, así como sus familiares, están informados sobre la probable espera. tiempo para la atención, en

línea con la Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS, que recomienda que los servicios de emergencia garanticen dicha información.⁶

Ante la pregunta de si la conducta a seguir descrita en el protocolo de la ACCR es conocida por todos los que trabajan en el sector, la SPHF IV presentó el mayor nivel de inconformidad y una puntuación media total de 2,37. El hallazgo de profesionales que desconocen el protocolo deja comprometida la clasificación del riesgo, ya que los protocolos son herramientas que orientan la acción profesional y su implementación es fundamental para lograr el éxito en el proceso de clasificación del riesgo en su conjunto.²

No se puede negar que existen algunos aspectos de subjetividad en la toma de decisiones para clasificar el riesgo de los usuarios, teniendo en cuenta experiencias y sensibilidad profesional, que pueden estar vinculados a las particularidades de los usuarios o incluso a limitaciones del servicio en el que actúan los profesionales responsables de la clasificación.¹⁰ Sin embargo, el desconocimiento del protocolo establecido en la unidad, como guía de orientación técnica y razonamiento lógico, puede llevar a una infravaloración o sobrevaloración en la medición del riesgo, comprometiendo así la calidad y seguridad de todo el proceso.¹¹ La combinación de

ambos conocimientos, el conocimiento técnico-científico relacionado con la razón y la subjetividad relacionada con las percepciones personales, expresa la complejidad de la acción de evaluación de riesgos, y su equilibrio adecuado dictará la calidad de la toma de decisiones del profesional de la clasificación.

Aún en la dimensión Proceso, en lo que respecta a los líderes y su comunicación con los profesionales de la ACCR, hubo un bajo nivel de acuerdo en el ranking final, lo que identifica la ausencia de una relación democrática establecida entre liderazgo y seguidores. De esta manera, el hallazgo va en contra de lo establecido por el Ministerio de Salud¹⁵, que a través de HumanizaSUS establece que debe haber espacios de democratización, diálogo y problematización en los servicios de salud con el estímulo de acoger también a los profesionales.

La falta de comunicación entre el liderazgo y los subordinados también fue evidente en la discusión sobre la claridad y objetividad del diagrama de flujo. La institución de flujos y su revisión periódica son condiciones para la calidad de la clasificación de riesgos, y vale resaltar que la experiencia del clasificador profesional puede generar un rico aporte, ya que estos profesionales están rutinariamente inmersos en los servicios, y pueden tener

conocimientos sobre las peculiaridades y cuellos de botella que limitan la eficiencia del proceso de clasificación de riesgos.⁴

En la dimensión Resultado, el ítem sobre reevaluación de casos en espera presentó el puntaje promedio final más bajo para esta dimensión. Coincide con este resultado encontrado el estudio de Inoue et al.¹², que cita la importancia de la sensibilización de los profesionales que actúan en la ACCR como un proceso dinámico, en el que es necesario prestar atención a la evolución de los casos. En la investigación realizada por Bellucci Júnior et al.¹⁹, se observó que la implementación de la ACCR trajo mejoras en la calidad de la atención, teniendo como uno de los pilares la reevaluación de los casos, pero este proceso no se mantuvo y no ocurren regularmente según el 47,42 % de los encuestados.

El estudio de Hermida et al.¹¹ cita la alta demanda de los pacientes y la sobrecarga de profesionales por la falta de recursos humanos suficientes como principales causas de la falta de reevaluación. Está claro que, a pesar de la mejora efectiva y mensurable en la calidad de la ACCR con la reevaluación de los casos, aún es necesario movilizar y sensibilizar a los profesionales para que esta parte del proceso se lleve a cabo.

Considerado un gran desafío en el servicio de emergencia, en este estudio la sobrepoblación puede ser justificada por el valor final de RMT=2,97, refiriéndose a la falta de derivación de casos de baja complejidad a la atención básica de salud.

Es común en los estudios sobre el tema que la fragilidad de los sistemas de derivación y contrarreferencia hace que la atención primaria ya no desempeñe su papel de regulador y organizador de la red. El servicio de emergencia es la principal puerta de entrada a otros puntos de atención de salud, lo que conlleva a una saturación por parte de usuarios que no tienen el perfil de estos servicios, sobrecargando a los profesionales y comprometiendo la agilidad y calidad de la atención a los pacientes con afecciones agudas y graves.^{4-5, 10, 12, 19-20}

Si bien el ranking promedio de los demás ítems de la dimensión Resultado presenta valores de neutralidad y acuerdo, hay algunos servicios que merecen atención, como el SPHF I y II, que mostraron niveles de desacuerdo cuando se les preguntó si la humanización en el cuidado está presente en la unidad en todas las etapas de soporte al usuario. Aún en este sentido, se le preguntó sobre la capacitación para atender al usuario y acompañante de manera acogedora y humana, lo que a su vez presentó un alto nivel de acuerdo para la acción en cuestión.

El hallazgo revela profesionales que trabajan en la ACCR capacitados en atención acogedora y humana, pero el servicio en este sentido es deficiente por parte del equipo, mientras que la humanización no está presente en todas las etapas de la atención al usuario, lo que puede comprometer todo el proceso de solución. el problema planteado por el individuo.

La Política Nacional de Humanización opera con base en lineamientos clínicos, éticos y políticos, teniendo como uno de sus conceptos rectores la acogida, que busca reconocer la legitimidad y singularidad de las necesidades de salud de cada individuo. Frente a esto, es claro que la acogida implica asistencia calificada y escucha con verificación detallada de lo que el usuario lleva consigo, considerando las quejas para resolver mejor los problemas, siendo la acogida y la humanización elementos inseparables y aplicados por todo el equipo multidisciplinario.¹⁵

Observando la insatisfacción de los profesionales que trabajan en este sector, evidenciada principalmente por SPHFI y III, puede justificarse por la alta demanda que no se corresponde con el número del equipo, sobrecargando a los profesionales de este sector y, posteriormente, generando

condiciones de trabajo estresantes y confinadas.¹⁰

En resumen, la clasificación promedio de los ítems presentes en las dimensiones demostró en su mayoría neutralidad y acuerdo al obtener una puntuación entre 3 y 4 respectivamente. Las investigaciones cuyos resultados corroboran el hallazgo, juzgan que incluso con dificultad en la implementación y ejecución del ACCR, este resultado puede estar relacionado con una percepción positiva de los enfermeros sobre el instrumento.¹⁹ O, los resultados encontrados pueden estar relacionados con la inseguridad sobre lo que se sabe sobre recepción con clasificación de riesgo, generando neutralidad en las respuestas.

CONCLUSIÓN

La calidad del servicio observada a través de las dimensiones estructura, proceso y resultado, identificó que el Centro-Norte de Goiano presenta acogida con clasificación de riesgo precario en los servicios prehospitalarios fijos analizados. Si bien los resultados mostraron que la dimensión Procesos y Resultados es satisfactoria para uno de los servicios, aún no se presenta de manera unánime para la macrorregión.

La falta de formación periódica de los enfermeros que realizan actividades de

acogida con clasificación de riesgo es un hecho que puede ser causa de resultados insatisfactorios en la práctica de los servicios analizados. Así, es necesario mejorar las actividades realizadas para brindar atención, las relaciones que se establecen entre profesionales y usuarios, y los efectos en la salud que se obtienen a través de los cuidados recibidos, de manera que permitan un cambio en la realidad y un aumento de la calidad del servicio.

Se considera que los resultados aquí presentados no pueden generalizarse, ya que se obtuvieron en un momento específico y no a largo plazo, además del reducido número de participantes, estructura física y diferente sistema de clasificación de riesgo en las unidades. La acogida con clasificación de riesgo propone evaluaciones continuas de estructuras, procesos y resultados en los servicios del Sistema Único de Salud (SUS). Por lo tanto, es necesario invertir en un seguimiento continuo del servicio con la adopción de instrumentos que verifiquen la calidad del servicio, para mejorar el PSPS.

REFERENCIAS

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 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

- embrace with classification and risk assessment 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 embrace 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/CES03.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 Score 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

RECIBIDO: 31/10/22
APROBADO: 30/07/23
PUBLICADO: 10/2023