

Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado

Dagmar Willamowius Vituri¹

Kelly Cristina Inoue²

José Aparecido Bellucci Júnior³

Carlos Aparecido de Oliveira⁴

Robson Marcelo Rossi⁵

Laura Misue Matsuda⁶

Objetivo: avaliar, na ótica dos trabalhadores, a estrutura, o processo e o resultado de Serviços Hospitalares de Emergência que adotam a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco, em dois hospitais de ensino do Estado do Paraná. Método: pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória e prospectiva de amostragem aleatória e estratificada por categoria profissional, constituída por 216 profissionais. Resultados: apontaram pontos concordantes em relação à promoção de ambiente acolhedor e humano, privacidade e segurança, acolhimento do acompanhante e acolhimento e classificação de todos pacientes, porém, houve discordância sobre o conforto do ambiente, sistema de referência e contrarreferência, priorização de pacientes graves no atendimento pós-classificação, comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e reavaliação da diretriz. Conclusão: os trabalhadores avaliam o desenvolvimento da diretriz como precário, em razão, principalmente, da falta de estrutura física e deficiências no processo de atendimento.

Descritores: Acolhimento; Humanização da Assistência; Assistência Hospitalar; Triage.

¹ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermeira, Hospital Universitário de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

² Doutoranda, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Professor Assistente, Faculdade Ingá, Maringá, PR, Brasil.

³ MSc, Professor Auxiliar, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, PR, Brasil.

⁴ MSc, Enfermeiro, Hospital Universitário de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dagmar Willamowius Vituri
Hospital Universitário. Diretoria de Enfermagem
Av. Robert Koch, 60
Vila Operária
CEP: 86038-350, Londrina, PR, Brasil
E-mail: dagmar@uel.br

Introdução

No Brasil, os Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) têm se caracterizado por longas filas de espera, superlotação e grande pressão por novos atendimentos⁽¹⁻³⁾. Nesses serviços, os usuários e seus acompanhantes (e aqui são acrescidos os trabalhadores) protestam pela humanização do atendimento, intermediados pela comunicação eficaz, adequação quantitativa dos profissionais de saúde e melhorias na estrutura física⁽⁴⁾.

Com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) tem reafirmado a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) da qual faz parte o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que é uma diretriz e um dispositivo de interferência nos processos de trabalho em SHE⁽⁵⁾. Nesse sentido, o acolhimento se caracteriza pela escuta qualificada e pactuação entre a necessidade do usuário e a capacidade do serviço em responder à sua demanda, com vistas à qualificação da atenção e à responsabilização quanto ao direcionamento seguro a outro serviço. Já a classificação de risco implica a agilidade do atendimento mediante a aplicação de um protocolo que determina o grau da necessidade do usuário, conforme a complexidade e não a ordem de chegada⁽⁶⁾.

Para a realização do ACCR existem diferentes protocolos que foram idealizados, validados e implantados no contexto internacional^(1,7-8) e que são estruturados em níveis de classificação, segundo cores predefinidas e que determinam a gravidade dos casos – escala de priorização⁽¹⁾. Na proposta do HumanizaSUS, por meio da consulta de enfermagem, o enfermeiro classifica os casos fundamentando-se em um sistema de cores representado por: vermelho-emergência; amarelo-urgência; verde-menor urgência e azul-não urgência⁽⁶⁾.

Considerando-se a possibilidade do viés de aplicabilidade de protocolos e instrumentos internacionais e/ou desenvolvidos em contextos diferentes⁽⁹⁾, além da questão do elevado custo para sua aquisição, recomenda-se que sejam desenvolvidos protocolos institucionais próprios, por meio do trabalho coletivo, entre os sujeitos envolvidos nos processos, de modo a atender às necessidades locais⁽⁵⁾.

Não obstante existam diferentes protocolos para se operacionalizar o ACCR nos SHEs brasileiros, ainda se observa carência de estudos que avaliem seu impacto, bem como sua implantação⁽⁹⁾. A avaliação do ACCR se torna imperativa quando se pretende a melhoria da qualidade e segurança da atenção aos usuários, bem como das condições de trabalho da equipe dos

SHEs⁽¹⁰⁾, pois métodos avaliativos são imprescindíveis ao aprimoramento das ações, por viabilizarem a análise das potencialidades e fragilidades de aspectos da estrutura, processos e resultados.

No Brasil, o MS, desde 2004⁽⁶⁾, recomenda a utilização da diretriz do ACCR para o atendimento em SHE; porém, muitas instituições ainda atuam segundo o modelo tradicional, ou seja, conforme a ordem de chegada⁽¹⁾, seja por carência de estrutura física adequada, déficit de recursos humanos em quantidade e qualidade, dentre outras dificuldades.

A aparente baixa adesão dos SHEs à diretriz do MS pode ser uma das responsáveis pela escassez de publicações acerca da implantação e/ou avaliação do ACCR. Aliada a isso, constata-se a falta de instrumentos validados para esse fim, limitando ainda mais o campo de atuação dos pesquisadores interessados na temática.

Tendo em vista a não existência de instrumentos que avaliam o ACCR, publicados nas principais bases de dados e bibliotecas virtuais, disponíveis *on-line* (Biblioteca Virtual de Saúde – BVS; Biblioteca Digital *Scientific Electronic Library Online* – SciELO; Base de Dados de Enfermagem – BDEF; Bases de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS), em 2011 Belluci Jr. elaborou um questionário subsidiado pelas dimensões donabedianas de avaliação em saúde (estrutura, processo e resultado) e procedeu à validação de conteúdo e de face, obtendo concordância interavaliadores satisfatória e um índice de fidedignidade acima de 0,8 (80%) nas três dimensões referidas⁽⁹⁾.

Considerando-se a lacuna no conhecimento sobre avaliação do ACCR, este estudo se justifica porque os resultados poderão subsidiar ações futuras, seja no âmbito geral do serviço de saúde ou específico da enfermagem, voltadas ao (re)planejamento e monitoramento do processo de atenção em SHE, além de contribuir para o aperfeiçoamento do ambiente e dos processos de trabalho dos locais investigados.

A questão direcionadora deste estudo consiste em saber como os trabalhadores do SHE de dois hospitais de ensino avaliam o desenvolvimento do ACCR. E, para respondê-la, estabeleceu-se o seguinte objetivo: avaliar, sob a perspectiva dos trabalhadores, a estrutura, o processo e o resultado de dois SHEs, inseridos em hospitais de ensino, que adotam a diretriz ACCR.

Método

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória e prospectiva, realizada em dois hospitais

públicos de ensino do Estado do Paraná, identificados como Hospital A e Hospital B.

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2011, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Copep) da Universidade Estadual de Maringá, sob no325/2011 e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina sob no11550/2011. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre esclarecido – TCLE.

O Hospital A é referência no Estado para o atendimento a pacientes de alta complexidade, integra o Sistema Estadual de Atendimento de Urgência e Emergência como hospital tipo III, tem porta aberta nas 24 horas e implantou o ACCR em julho de 2007. O SHE dessa instituição comporta 48 leitos de internação de curta permanência; porém, mantém cerca de 96 pacientes diariamente no setor, com média de 46.000 atendimentos/ano⁽¹¹⁾.

O Hospital B é referência ao atendimento de alta complexidade no trauma e também tem porta aberta durante as 24 horas do dia. O SHE possui 30 leitos de internação de curta permanência, mas acomoda, em média, 90 pacientes/dia, atende cerca de 47.000 pacientes ao ano e teve o ACCR implantado em dezembro de 2010⁽¹²⁾.

Realizou-se amostragem aleatória estratificada, de alocação proporcional, em que o número de profissionais dos dois SHEs foi estratificado por categoria profissional. Os sujeitos foram sorteados com base em lista numerada com os nomes de todos os servidores, por categoria profissional e ordem alfabética. Mediante recusa ou quando o sujeito não foi localizado em três tentativas, o nome subsequente foi selecionado e, assim sucessivamente, até se chegar ao final da lista ou se obter pelo menos 60% dos servidores de cada categoria. Para determinação desse percentual, considerou-se, anteriormente à coleta de dados, uma margem de 40% para perdas relativas às recusas (20%), absenteísmo previsto e não previsto (20%), nos dois SHEs.

Como critérios de inclusão consideraram-se: profissionais que atuavam diretamente no SHE (enfermagem, medicina, recepção, segurança, higiene hospitalar e assistência social) e tempo de atuação no SHE igual ou superior a três meses.

Com base no tipo de amostragem e nos critérios enunciados, a amostra se constituiu de 216 profissionais, sendo 122 (56,5%) do SHE A e 94 (43,5%) do SHE B.

Para coleta de dados, utilizou-se o questionário *Instrumento para Avaliação do ACCR*, composto de duas Partes: Parte I, destinada à coleta de dados

sociodemográficos dos sujeitos e Parte II, subdividida nas dimensões da tríade donabediana de avaliação em saúde, onde os itens de 01 a 07 correspondem à dimensão *Estrutura*; de 08 a 14 ao *Processo* e de 15 a 21 ao *Resultado*. As respostas eram apresentadas na forma de escala do tipo *Likert*, em cinco níveis: *discordo totalmente; discordo; não discordo nem concordo; concordo e concordo totalmente*⁽⁹⁾. Considerando-se o valor mínimo de cada item, a pontuação mínima possível em cada dimensão é 7 e a máxima 35, com amplitude total de 28.

Para classificação dos dados, para cada dimensão, foi utilizada a Tabela de Categorias e Escores, proposta no documento intitulado *Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde*⁽¹³⁾, demonstrada na Figura 1, a seguir.

Pontuação	Percentual	Classificação
07 a 17,4	00 a 49,9	Insuficiente
17,5 a 26,1	50 a 74,9	Precário
26,2 a 31,4	75 a 89,9	Satisfatório
31,5 a 35	90 a 100	Ótimo

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (BR)⁽¹³⁾

Figura 1 - Escores de classificação do ACCR por dimensão donabediana. Maringá, PR, Brasil, 2012

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas do programa *Microsoft® Excel para Windows 7.0* e realizadas estatística simples (frequências, porcentagens) e descritiva (variação mínima, máxima, média, mediana e desvio-padrão – dp) no programa *EpiInfo 3.5.3*.

Resultados

A distribuição sociodemográfica dos sujeitos (n=216) se apresentou desta forma: *Hospital A* – média de idade de 41,4 anos (dp 10,7; mediana 40,0; mínima 22,0; máxima 67,0); 78 (63,9%) do sexo feminino; 79 (64,7%) casados ou em união estável; 24 (19,7%) solteiros; 16 (13,1%) separados e 3 (2,5%) viúvos. No que se refere à escolaridade, 71 (58,2%) possuíam o ensino médio completo, com tempo médio de atuação no SHE da instituição de 8,6 anos (dp 8,9; mediana 4,5; mínima 0,25; máxima 35). *Hospital B* – média de idade 40,5 (dp 10,9; mediana 41,0; mínima 23,0; máxima 67,0), 60 (63,8%) do sexo feminino; 55 (59,8%) casados ou em união estável; 21 (22,8%) solteiros; 15 (16,3%) separados; 1 (1,1%) viúvo e dois não responderam. A maioria, 40 (42,6%), possuía pós-graduação lato sensu, com média de 8,6 anos de atuação no SHE da instituição (dp 7,6; mediana 5,0; mínima 0,25; máxima 25).

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos quanto à variável categoria profissional/função. Maringá, PR, Brasil, 2012

Categoria profissional/ função*	Hospital A		Hospital B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agente administrativo	10	8,2	06	6,4	16	7,4
Agente operacional	11	9,0	15	16,0	26	12,0
Agente de segurança	02	1,6	06	6,4	08	3,7
Assistente social	01	0,8	02	2,1	03	1,4
Auxiliar/técnico enfermagem	75	61,5	26	27,7	101	46,7
Enfermeiro	09	7,4	10	10,6	19	8,8
Médico	14	11,5	29	30,8	43	20,0
Total	122	100	94	100	216	100

*Categoria profissional/função: agente administrativo = auxiliares e técnicos administrativos, recepcionistas e telefonistas; agente operacional = zeladores e motoristas; agente de segurança = vigias e porteiros; médico = docentes e residentes

Em relação ao Escore Médio de Pontuação, todas as dimensões da avaliação do ACCR foram classificadas como *Precárias* (17,5 a 26,1 pontos), conforme se vê a seguir, na Tabela 2.

Tabela 2 - Escore Médio de Pontuação, por dimensão donabediana, por serviço. Maringá, PR, Brasil, 2012

	Média	dp	Mediana	Mínima	Máxima
Estrutura					
SHE A	21,9	4,6	22,0	10,0	35,0
SHE B	19,3	4,2	19,0	9,0	28,0
Processo					
SHE A	21,8	4,3	21,5	13,0	35,0
SHE B	21,0	3,4	21,0	13,0	30,0
Resultado					
SHE A	23,7	4,4	24,0	13,0	34,0
SHE B	23,1	3,9	23,0	9,0	31,0

Na Tabela 3 constam o número e o percentual de sujeitos que conferiram a classificação dos SHEs em cada uma das dimensões.

Para o tratamento dos dados, no que se refere à opinião dos sujeitos sobre as dimensões donabedianas do ACCR, as respostas *discordo* e *discordo totalmente* foram ponderadas como *discordantes* e as assinaladas como *concordo* e *concordo totalmente* como *concordantes*. As assinaladas como *não discordo nem concordo* não foram analisadas na discussão, porque não representaram a maioria percentual de cada item de avaliação.

Tabela 3 - Número e percentual de classificação, por dimensão donabediana, por serviço. Maringá, PR, Brasil, 2012

	n	Insuficiente		Precário		Satisfatório		Ótimo	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Estrutura									
Instituição									
SHE A	122	20	16,4	87	71,3	10	8,2	05	4,1
SHE B	94	30	31,9	60	63,8	04	4,3	-	-
Total	216	50	23,1	147	68,1	14	6,5	05	2,3
Processo									
Instituição									
SHE A	122	14	11,5	92	75,4	11	9,0	05	4,1
SHE B	94	12	12,8	74	78,7	08	8,5	-	-
Total	216	26	12,0	166	76,9	19	8,8	05	2,3
Resultado									
Instituição									
SHE A	122	07	5,7	86	70,5	21	17,2	08	6,6
SHE B	94	08	8,5	67	71,3	19	20,2	-	-
Total	216	15	7,0	153	70,8	40	18,5	08	3,7

Discussão

No que se refere ao tamanho da amostra, dentre o quadro de servidores técnicos administrativos participaram do estudo do SHE A (n=122) 77% dos agentes de segurança, operacionais e administrativos; 100% dos assistentes sociais; 79% dos auxiliares/técnicos de enfermagem; 64% dos enfermeiros e 52% dos médicos. No SHE B (n=94), participaram 34% dos agentes de segurança, operacionais e administrativos; 100% dos assistentes sociais; 65% dos auxiliares/técnicos de enfermagem; 37% dos enfermeiros, além de 23% dos médicos. O não alcance de 60% por algumas categorias para compor se deu em função, principalmente, de recusas (>20%), ou ausências (férias ou licenças), sem localização por três tentativas distintas.

Com base na análise dos dados sociodemográficos de todos os participantes da pesquisa, observa-se que a maior parte no SHE A é de alguma categoria profissional da enfermagem e representa o percentual de 68,9, enquanto no SHE B esse valor é de 38,3%. A média de idade foi de 40 a 41 anos, observando-se semelhança nos dados das duas instituições (SHE A - 41,4; SHE B - 40,5). Houve predominância do sexo feminino (SHE A - 63,9%; SHE B-63,8%) casados e/ou com união estável (SHE A-64,7%; SHE B-59,8%). Esses achados corroboram estudos de perfil da profissão⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, mas chama a atenção o fato de que, no Hospital B, a categoria médicos representou a maioria entre os diferentes profissionais, somando-se 29 (30,8%) dos sujeitos.

Vale destacar a diferença quantitativa em relação às categorias profissionais dos dois SHEs, pois no B, entre docentes, plantonistas e residentes, existem mais médicos (126) do que no A (27), que é consideravelmente maior em relação à estrutura, porém, equitativo no que se refere à produtividade. O mesmo se aplica aos enfermeiros, já que no A existem 14 profissionais e no B são 27. O quadro maior de médicos no B possivelmente garantiu maior participação dessa categoria entre os respondentes do estudo (30,8%) e, com isso, pode ter influenciado os escores da instituição (Tabela 1).

Em relação à escolaridade, no SHE A, 71 (58,2%) sujeitos possuem ensino médio completo e no B, 40 (42,6%) têm pós-graduação. Esse último dado, possivelmente, tem a ver com o fato de que a maioria dos respondentes é formada de médicos (29-30,8%) e enfermeiros (10-10,6%) e, considerando-se a exigência cada vez maior do mercado de trabalho, tem sido comum no cotidiano da prática constatar a especialização/capacitação dos profissionais de nível superior.

A variável tempo de atuação no SHE demonstrou um perfil de profissionais com experiência na área (ambos os

SHEs obtiveram média de 8,6 anos), que participaram do processo de implantação do ACCR no SHE onde atuam. Isso é importante porque, dentre os valores que norteiam o HumanizaSUS, constam a corresponsabilização, valorização dos sujeitos, protagonismo e participação coletiva⁽⁵⁻⁶⁾.

Na avaliação de cada dimensão (Tabela 2 e Tabela 3), a pontuação obtida caracterizou o ACCR em ambos os SHEs como *precário*. Contudo, torna-se necessário tecer alguns comentários sobre alguns pontos concordantes e discordantes apontados nos dois locais, conforme o número de sujeitos e porcentagem.

Dentre os aspectos concordantes, no que se refere à dimensão Estrutura no SHE A, destacaram-se o ambiente acolhedor e humano (60=49%); privacidade ao usuário (58-47%) e acolhimento do acompanhante (67=55%), que também foram apontados nessa sequência, no SHE B, por 53 (57%), 42 (45%) e 67 (71%) profissionais, respectivamente.

Na dimensão Processo, em relação ao SHE A, os pontos concordantes foram: promoção de segurança e conforto do usuário (65=53%); acolhimento e classificação de todos os pacientes (98=80%); conhecimento, por parte dos servidores, acerca do protocolo do ACCR (56=46%) e treinamento para o atendimento acolhedor e resolutivo (53=43%).

Já na dimensão Resultado, houve concordância no SHE A quanto ao atendimento primário - classificação de risco pelo enfermeiro, segundo a gravidade (88=73%); integração entre as equipes (71=58%) e a ciência do familiar sobre tempo de espera (93=75%). No SHE B, isso ocorreu com a gravidade (74=79%), tempo de espera (53=56%) e humanização em todas as fases do ACCR (43=46%).

Tendo por base os percentuais apresentados para os aspectos concordantes, é possível observar que nos dois SHEs a implantação do ACCR motivou a readequação da estrutura física e do processo de trabalho, promovendo maior humanização, treinamento das equipes e acesso a toda demanda, conforme diretrizes estabelecidas na proposta do HumanizaSUS^(1,5-6); no entanto, com base no referencial adotado, esses valores ainda garantem a classificação de *precário* (50 a 74,9%) a ambos, revelando a necessidade de maiores investimentos nesses aspectos. Apesar das constatações favoráveis, não é possível afirmar se a ampliação do acesso melhorou a qualidade do atendimento, sem sobrecarregar essas equipes e isso, certamente, é um objeto que pode e merece ser investigado.

Quanto aos pontos discordantes que contribuíram para a classificação dos SHEs como *precários*, em

relação à Estrutura, o SHE A obteve maior discordância na realização de reuniões e treinamentos periódicos (50=41%) e comunicação entre os membros da equipe multiprofissional (74=61%). Já no SHE B, destacaram-se os itens conforto da estrutura física (53=56%) e sinalização para o direcionamento do usuário (40=42%). Ressalta-se que, embora anteriormente os resultados do SHE B tenham apontado para um ambiente acolhedor, humano e que garante privacidade do usuário, essa estrutura criada não foi considerada confortável e sinalizada suficientemente para garantir a locomoção segura do usuário entre os diversos ambientes.

Quanto ao Processo, o SHE A apontou discordância sobre a concessão de espaço de discussão por parte da chefia (56=46%) e reavaliação do fluxograma do ACCR referente à equipe (55=45%). Isso também foi destacado no SHE B, por 44 (47%) e 48 (51%) dos sujeitos entrevistados, respectivamente.

Observa-se que a estrutura física, em especial do SHE B, necessita de readequações; porém, chama atenção, em ambos os serviços, a existência de problemas relativos à comunicação entre os membros das equipes, representados pela carência de espaços democráticos de discussão, reflexão e problematização, que limitam o sucesso do ACCR⁽⁵⁻⁶⁾.

O sistema de gestão ainda adotado na maioria dos hospitais brasileiros é o modelo funcional, caracterizado pelas estruturas verticais e formais; no entanto, no mundo contemporâneo, observa-se a necessidade de formas mais flexíveis e que promovam a autonomia gerencial, com descentralização organizacional, de modo que todos os trabalhadores participem dos processos de tomada de decisão que afetem seu trabalho⁽¹⁶⁾, resultando em maior envolvimento, comprometimento e responsabilização, requisitos esses imprescindíveis, nesse caso, para o sucesso da diretriz ACCR.

Para a dimensão resultado, no SHE A ocorreu discordância em relação à priorização do atendimento pós-classificação de risco aos pacientes graves (75=61%), que também foi pontuado pelo SHE B (66=77%). Ademais, o SHE B apontou discordância acerca do encaminhamento da baixa complexidade à rede básica (51=54%) e acolhida da chefia às dúvidas do ACCR (31-33%).

Sobre a priorização dos pacientes graves, num contexto de superlotação, onde se misturam pacientes instáveis hemodinamicamente, em situação de urgência e emergência, com pacientes de baixa complexidade^(3,8,17-18), há dificuldade de se visualizar e priorizar o atendimento⁽¹⁹⁾. Para tanto, o ACCR pressupõe a aplicação de um protocolo que determina a necessidade de atendimento e o potencial de agravamento de cada caso⁽⁶⁾.

Em relação ao tratamento da parcela de usuários com agravos não urgentes que procuram pelo serviço de emergência, há de se ressaltar que a rede básica de saúde, impreterivelmente, deveria estar apta a atender essa demanda⁽¹⁾, caso contrário, os objetivos do ACCR não serão completamente atingidos.

Para minimizar o quadro referido, há necessidade de que as políticas públicas deem sustentação à prática da referência e contrarreferência, pois o estabelecimento sistematizado de articulações com esses serviços garantirá a eficácia dos encaminhamentos, condição imperativa para o sucesso do ACCR^(6,20).

Há que se considerar, também, que deficiências no sistema de referência e contrarreferência, além de sobrecarregar os SHEs, podem redundar em atendimento superficial e pouco resolutivo para os pacientes classificados como menos graves⁽¹⁷⁾ o que, certamente, significa riscos à população. Aliada a essa questão, existe ainda a cultura de que o SHE é uma alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica, que se caracteriza pelo agendamento demorado de consultas e falta de especialistas^(17,19), fazendo com que a população prefira esperar por horas, mas tendo a garantia de ser atendida, superlotando os SHEs⁽³⁾.

Num ambiente assim, com superlotação, sobrecarga de trabalho e estresse, as relações interpessoais ficam comprometidas⁽³⁾ e o próprio processo de trabalho torna-se penoso, inseguro e pouco resolutivo, demandando, talvez, a urgência da real adesão à filosofia do ACCR, com o envolvimento e comprometimento de todas as esferas envolvidas nos processos de atenção à saúde.

Ressalta-se que as opiniões dos investigados ficaram divididas em alguns quesitos, quais sejam: reavaliação do usuário em espera pelo atendimento pelo enfermeiro no SHE A (concordante: 51=42%; discordante: 48=39%), integração multiprofissional no SHE B (concordante: 35=37%; discordante: 33=36%) e humanização de todas as fases do ACCR no SHE A (concordante: 47=39%; discordante: 48=39%).

No que se refere à reavaliação do usuário em espera pelo atendimento pelo enfermeiro no SHE A, observou-se que, à exceção do assistente social, todas as demais profissões que participaram do estudo emitiram opiniões discordantes sobre esse quesito. Esse dado é preocupante porque acena à necessidade de investigações futuras sobre a atuação do enfermeiro desse serviço no ACCR. Afinal, a reavaliação dos usuários, após o acolhimento e classificação, é fundamental para a qualidade e segurança da atenção, pois o estado geral do paciente pode se deteriorar após a avaliação inicial^(8,21) ou, ainda, ocorrer exacerbação de sinais e sintomas inicialmente despercebidos na classificação de risco⁽²¹⁾.

Quanto à integração multiprofissional, essa é reconhecida como uma condição imprescindível para o sucesso do ACCR⁽¹⁹⁾, tanto que oficinas multiprofissionais são preconizadas pelo MS, para a discussão e construção de ações e protocolos⁽⁶⁾. Portanto, os gestores do SHE B necessitam intervir para a resolução desse problema.

O encontro da equipe multiprofissional para discutir e repensar o ambiente e os processos de trabalho, construindo coletivamente sugestões para a otimização da organização, é uma forma de exercitar uma gerência democrática, modelo essencial nos dias atuais⁽¹⁶⁾.

No que se refere à humanização de todas as fases do ACCR, considera-se que essa é a essência da diretriz e sua efetivação não carece de muitos investimentos, visto que pode ser favorecida por meio da escuta qualificada^(8,22-23), além do fornecimento de informações claras, que incluem o tempo previsto de espera, priorização dos pacientes graves, apoio emocional e segurança do usuário e acompanhante⁽¹⁾.

O ACCR foi idealizado para ser uma ferramenta efetiva e eficaz na busca pela melhoria da qualidade do atendimento em SHE e, sendo a enfermagem parte indispensável da equipe de saúde e o enfermeiro o executor do protocolo de classificação, essa categoria profissional é a principal responsável pelo bom andamento do processo⁽²³⁾. Em sendo assim, associado ao desenvolvimento de ações de valorização profissional que despertem o sentimento de corresponsabilidade do trabalhador pelos resultados da atenção⁽¹⁷⁾, é necessário também que a enfermagem atuante em SHE seja continuamente capacitada e valorizada.

Para o sucesso do ACCR, como uma proposta de mudança nos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde⁽⁶⁾, existe a necessidade urgente de reflexão por parte dos protagonistas desse processo (gestores, profissionais e usuários). É importante analisar se, na prática, essa diretriz realmente tem cumprido seu papel como gatilho de transformação dos processos de trabalho e das relações entre trabalhadores e usuários^(3,17,22,24), ou se apenas tem se restringido a possibilitar o atendimento de toda a demanda espontânea, mais como um pronto atendimento⁽³⁾, focalizado ainda na queixa e não garantindo melhoria na qualidade, mas sim maior produtividade^(22,24).

De modo geral, os SHEs aqui investigados apresentam particularidades, mas ambos convergem à necessidade de melhorias pertinentes à diretriz no ACCR praticado. Nesse contexto, os resultados ora apresentados podem subsidiar a elaboração de estratégias, por parte dos gerentes e demais profissionais envolvidos, para efetivação do ACCR nos moldes em que essa diretriz foi proposta.

Conclusão

Constatou-se que nos SHEs investigados, as dimensões donabedianas de estrutura, processo e resultado foram classificadas como *precárias*. Destaca-se que o SHE A implantou o ACCR há cinco anos, enquanto o SHE B há dois, ambos ainda recentes e, portanto, carentes de (re)avaliação e de readequações.

Apesar de os SHEs investigados apresentarem alguns resultados favoráveis como: ambiente acolhedor e humano, privacidade, segurança e conforto ao usuário, acolhimento do acompanhante e acolhimento e classificação de todos os pacientes, constatou-se, também, que há problemas, principalmente no que se refere ao sistema de referência e contrarreferência, priorização de pacientes graves no atendimento pós-classificação de risco, comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e reavaliação da proposta como um todo pela equipe.

Como limitação do estudo, considera-se o tamanho reduzido da amostra de algumas categorias profissionais, provocado por recusas ou por não localização dos sujeitos em três tentativas distintas, principalmente da categoria médica e de profissionais que não se percebem como membros da equipe que atua no ACCR, como é o caso dos vigias e porteiros.

Recomenda-se a realização de mais pesquisas com amostras maiores, com objetivos voltados ao conhecimento da opinião dos profissionais de outros SHEs do país, que implantaram o ACCR, assim como dos respectivos usuários.

Conclui-se que os trabalhadores dos SHEs investigados, com base no referencial adotado, avaliam o ACCR como *precário*, porque, apesar das iniciativas de investimento por parte dos dois SHEs em melhorias na estrutura e no processo de trabalho/atendimento, ainda há muito por se fazer no sentido de melhorar as condições de conforto, comunicação interpessoal, capacitação continuada, reavaliação contínua do protocolo e, tão importante quanto, a estruturação e a integração dos hospitais com a rede básica de atenção à saúde.

Agradecimentos

Às alunas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – Andréa Moreira da Silva, Anna Lúcia Darcin Rigo, Anne Caroline Correia S. de Oliveira, Barbara Duarte Neris, Bianca Carolina Zanardi Porto, Carine Gasparoto de Lima, Elizabete Rosane Palharini, Franciele Dinis Ribeiro, Francieli Sayuri, Márcia Aparecida dos Santos Silva, Thaiara Maestro Calderon e Vanessa Monique Luis Costa – que participaram da fase de coleta de dados, como estagiárias da Assessoria de Controle de Qualidade

da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil.

Referências

1. Albino RM, Grosseman S, Riggembach V. Classificação de Risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *ACM: Arq Catarinenses Med.* 2007; 36(4):70-5.
2. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. [Revisão]. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(7):1439-54.
3. Zanelatto DM, Pai DD. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde.* 2010; 9(2):358-65.
4. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2009 [acesso 20 out 2012];11(1):151-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma estético no fazer saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Casares NG, Lores FJM, Guzmán CU, Juanes SA. Protocolo de triage o recepción, acogida y clasificación (RAC) de enfermería en urgencias del Hospital Do Salnés. *Enferurg.com* [Internet]. 2005 [acesso 17 mar 2012]. Disponível em: <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>
8. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(1):26-33.
9. Bellucci JA Jr, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012; [acesso 8 maio 2013] ;65(5):751-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500006&script=sci_arttext
10. Luz PL. Research and teaching: essential components of a university hospital. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2007 [acesso 5 mar 2012];88(3):371-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000300019&lng=en&nrm=iso&tling=en
11. Universidade Estadual de Londrina. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (BR). Seção de Estatística. Movimento de pacientes no ano de 2011: comparativo 2002 - 2011. Londrina; 2012. 40 p. Relatório Anual.
12. Hospital Universitário de Maringá (BR). História do hospital. [internet]. 2012 [acesso 26 julho 2012]. Disponível em: <http://www.hum.uem.br/?pg=ohospital>
13. Ministério da Saúde (BR). Instrumento de avaliação para centros e postos de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1985.
14. Carvalho G, Lopes S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. *Arq Ciênc Saúde.* 2006;13(4):215-9.
15. Li J, Lambert VA. Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. *Int Nurs Rev.* 2008;55(2):34-9.
16. Bernardes A, Cummings G, Evora YDM, Gabriel S. Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(6):1142-51.
17. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncetto KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2011;9(1):84-8.
18. Bellucci JA Jr, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e Avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto Contexto - Enferm.* 2012;21(1):217-25.
19. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *REME.* 2008;12(4):581-6.
20. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enfem USP.* 2004;38(2):143-51.
21. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med.* [Internet]. 1999 [acesso 17 julho 2012];16(3):179-81. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343329/pdf/jaccidem00030-0017.pdf>
22. Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JRM, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. [Revisão]. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2008 [acesso 25 ago 2012];15(2):93-5. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20253.pdf
23. Bellucci JÁ Jr, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. [Revisão]. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):797-806.

24. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):331-40.

Recebido: 8.11.2012

Aceito: 15.7.2013

Como citar este artigo:

Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Jr JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2013 [acesso em: ]; 21(5): [09 telas]. Disponível em: 

dia
mês abreviado com ponto

URL